



B U R G O S

LIBRO DE COMUNICACIONES



comenzar



Sociedad Española de
Medicina de Urgencias
y Emergencias



EL CONGRESO DE LA
ESPECIALIDAD DE URGENCIAS

8/9/10 2016 Junio

- CAPÍTULO 1. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS
- CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS
- CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN
- CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA
- CAPÍTULO 5. MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS
- CAPÍTULO 6. TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS
- CAPÍTULO 7. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV
- CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)
- CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)
- CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)
- CAPÍTULO 11. URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS
- CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS
- CAPÍTULO 13. VÍA AÉREA, VMNI, TÉCNICAS EN MEDICINA DE URGENCIAS, MONITORIZACIÓN NO INVASIVA
- CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS
- INDICE DE AUTORES





Índice temático

CAPÍTULO 1. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

O-1

VALIDACIÓN DEL PROTOCOLO DE ECOGRAFÍA SESAME EN PACIENTES CON HIPOTENSIÓN NO TRAUMÁTICA Y PARADA CARDIACA INDETERMINADA DURANTE LAS MANIOBRAS DE RESUCITACIÓN AVANZADA. 2

O-2

UTILIDAD DEL PROTOCOLO BLUE PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA DISNEA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. 2

P-4

DOLOR EN FID: PORQUÉ NO TODO ES APENDICITIS. 3

O-5

ALGORITMO DE AYUDA PARA LA PETICIÓN DE TC CRANEAL POR CEFALEA EN URGENCIAS 3

O-6

COMPARATIVA EN LA LOCALIZACIÓN DE PUNTOS ECOGRÁFICOS ENTRE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA Y RESIDENTES DE PRIMER AÑO 4

P-7

IMPLEMENTACIÓN DE UN ALGORITMO RADIOLÓGICO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA COLITIS ISQUÉMICA EN URGENCIAS. . . . 4

P-8

ACTIVIDAD DEL GRUPO DE TRABAJO DE ECOGRAFÍA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SANTA LUCÍA, CARTAGENA. . . . 5

P-9

ECOGRAFÍA ABDOMINAL URGENTE EN PACIENTES GERIÁTRICOS. ¿QUÉ ESTAMOS HACIENDO?. 5

P-10

ECOGRAFÍA TESTICULAR EN EL SÍNDROME ESCOTRAL AGUDO. ¿LA HACEMOS! 6

P-12

HEMATURIA. MANEJO EN URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA CON AYUDA DE LA ECOGRAFÍA 6

P-14

ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA: ADECUACIÓN DE SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLÓGICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. 7

P-15

CUATRO ESQUINITAS TIENE MI PLACA 7

P-16

LOS CRITERIOS DE NEW ORLEANS PARA LA INDICACIÓN DE UN TC DE CRÁNEO EN CASOS DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE: ¿PUEDEN APLICARSE EN PACIENTES SIN PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO? 8

P-21

DOLOR PLEURÍTICO. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN URGENCIAS. 8

P-22

ECOGRAFÍA PULMONAR, CLAVE DIAGNÓSTICA EN LA URGENCIA 9

P-23

NEUMONÍA EN PACIENTE EMBARAZADA. ECOGRAFÍA COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA. 9

P-26

USO DE LA ECOGRAFÍA EN URGENCIAS REALIZADA POR MÉDICOS DE URGENCIAS. ESTUDIO ECO-CAT 10





ÍNDICE TEMÁTICO

P-27

APENDICITIS AGUDA, DIAGNÓSTICO POR ECOGRAFÍA
EN URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA 10

P-34

TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
DE UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO COMPLICADO CON
UNA MASA ATRIAL 11

P-49

INVAGINACIÓN INTESTINAL EN ADULTOS.
ECOGRAFÍA URGENTE DIAGNÓSTICA 11

P-63

VALOR DE LA ECOGRAFÍA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO
EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL.
A PROPÓSITO DE UN CASO. 12

A-67

MASA INGUINAL DOLOROSA-DIAGNÓSTICO
DIFERENCIAL 12

CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-86

REVISIÓN DEL PROTOCOLO DE EXTRACCIÓN DE
LAS MUESTRAS DE HEMOCULTIVOS EN EL SERVICIO
DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL PRIVADO 16

P-87

ENFERMERÍA COMO CLAVE PARA LA DETECCIÓN
DE LA HIPERGLUCEMIA OCULTA (ESTUDIO HYDE) 16

O-88

EL NIVEL DE ANSIEDAD FRENTE A LAS TÉCNICAS SANITARIAS,
¿ES DIFERENTE EN LOS DISCAPACITADOS VISUALES? 17

A-72

VARÓN DE 54 AÑOS QUE CONSULTA POR DOLOR
SUBSCAPULAR DERECHO Y LUMBAR IZQUIERDO 13

A-81

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN UN CASO DE ANEMIA
DREPANOCÍTICA 13

A-83

TROMBOSIS ESPONTÁNEA DE AORTA OBJETIVADO DURANTE
PARO CARDIACO Y ACTIVIDAD ELÉCTRICA
SIN PULSO. 14

A-85

CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS DE LOS NUEVOS
DISPOSITIVOS INTRACARDIACOS 14

P-89

EL ACCESO VENOSO PERIFÉRICO EN EL SERVICIO
DE URGENCIAS 17

O-90

ACTUALIZACIÓN EN LAS GUÍAS DE REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR, ¿INTERIORIZAMOS LOS CAMBIOS
TAN RÁPIDO COMO LA EMERGENCIA LO REQUIERE? 18

P-91

PERCEPCIÓN DE LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS
DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 19

O-92

CATÉTER TIPO CONDÓN, UNA OPCIÓN VÁLIDA. 19



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-93

NUESTROS PACIENTES VALORAN NUESTRO TRABAJO
Y NOS AYUDAN A MEJORAR20

P-94

UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE UN HOSPITAL
DE TERCER NIVEL: LA IMPORTANCIA EN LA SELECCIÓN
DE LOS PACIENTES.20

O-95

TÉCNICAS INVASIVAS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.
¿CÓMO DISMINUIR LA ANSIEDAD Y EL DOLOR?
MEDIDAS DE CONFORT21

O-96

HEMOLISIS EN LAS EXTRACCIONES ANALÍTICAS
EN URGENCIAS: FACTORES QUE INTERVIENEN21

O-97

ACTITUDES FRENTE A LA CANALIZACIÓN INTRAÓSEA EN
EL PERSONAL SANITARIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN
PRIMARIA22

O-98

DETECCIÓN PRECOZ DE LA INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO
DE CARBONO EN EL ÁMBITO PREHOSPITALARIO.22

P-99

TRIAJE, ¿DE VERANO O DE INVIERNO?23

P-100

NECESIDADES PSICOSOCIALES DE CUIDADOS SEGÚN
EL MOTIVO DE ASISTENCIA EN PACIENTES ATENDIDOS
POR UNA ENFERMERA DE URGENCIAS A DOMICILIO23

P-101

EFFECTOS DE UNA MICROORGANIZACIÓN FUNCIONAL
EN EL ÁREA DE NIVEL 3 DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE
TERCER NIVEL PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE ESPERA24

O-102

RESULTADOS DE LAS UNIDADES DE SOPORTE VITAL AVANZADO
DE ENFERMERÍA EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS
PREHOSPITALARIO24

P-103

USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS: ABREVIATURAS . . .25

O-104

PERFIL DEL USUARIO DE LA UNIDAD DE OBSERVACIÓN
DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE BURGOS25

O-105

ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES NIC, EN SERVICIOS
DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS DEL SUMMA 112 . . .26

O-106

APLICACIÓN INFORMÁTICA GACELA: UNA HERRAMIENTA ÚTIL
PARA LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN NUESTRA UNIDAD
DE CORTA ESTANCIA DE URGENCIAS.26

P-107

EDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA DE NUESTROS PACIENTES
EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE BURGOS.27

P-108

DIABETES MELLITUS Y URGENCIAS, CON VOZ PROPIA. . . .27

P-109

ACTUACIÓN EFICAZ Y COORDINADA DE ENFERMERÍA ANTE
UN PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN UN
SERVICIO DE URGENCIA28

P-110

ANÁLISIS DE REVISITAS EN 72 HORAS A URGENCIAS
DE UN TRAUMA CENTER28

P-111

¿POR QUÉ ENFERMERÍA NO QUIERE IR A TRAUMATOLOGÍA DE
URGENCIAS? OPORTUNIDAD DE INNOVAR EN EHEALTH . .29





ÍNDICE TEMÁTICO

P-112

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL 'PACIENTE GRAN QUEMADO EN URGENCIAS'29

P-114

MANEJO DE HERIDAS EN URGENCIAS CON ADHESIVO TISULAR LIQUIBAND®30

P-115

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN URGENCIAS. .30

P-116

EDUCACIÓN PARA LA SALUD: ATENCIÓN INICIAL AL PACIENTE QUEMADO EN EL LUGAR DEL ACCIDENTE ...31

P-117

ANÁLISIS DE LAS VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN EN EL ÁREA I DE UN SERVICIO DE URGENCIAS31

P-118

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN URGENCIAS32

P-119

CPAP DE BOUSSIGNAC. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA Y EDUCACIÓN SANITARIA32

P-120

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL MANEJO DE LAS ARRITMIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS.33

P-121

DESARROLLO DE UNA APLICACIÓN PARA DISPOSITIVOS MÓVILES PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE AUTISTA33

P-122

FLEBITIS ASOCIADAS A CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS EN URGENCIAS34

P-123

SÍNDROME DE *BURNOUT* EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE URGENCIAS34

P-124

GUÍA RÁPIDA DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN PARA ENFERMEROS EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN EN LA URGENCIA35

P-125

IMPLANTACIÓN DE UN DISPOSITIVO DE ACCESO INTRAÓSEO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.35

P-126

TRIAJE E INGRESO HOSPITALARIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS36

P-127

ESTUDIO DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA TÉCNICA DE COLOCACIÓN DE LAS VÍAS INTRAÓSEAS36

P-128

¿QUIÉN ME QUITA EL ANZUELO?37

P-129

LA VÍA INTRAÓSEA EN ADULTOS EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA.37

P-130

IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE ATENCIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS ANTE UN INCIDENTE DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS (IMV)38

P-131

ENFERMERÍA: HERRAMIENTA CLAVE EN LA DETECCIÓN PRECOZ DE LA SEPSIS DESDE EL TRIAJE DEL CAUPA (COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE PALENCIA) ...38



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-132

ESTUDIO DE ASISTENCIA A URGENCIAS EN EL DÍA DEL CURPILLOS **VS** OTRO VIERNES DE JUNIO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS **39**

P-133

IMPLANTACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS SANITARIAS DE CASTILLA Y LEÓN. PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO **39**

P-134

EVALUACIÓN DE UN SISTEMA SEMIAUTOMÁTICO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS **40**

P-135

ADMINISTRACIÓN DEL VERNAKALANT®. **40**

P-136

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN UN HOSPITAL COMARCAL. CONTENCIÓN PACIENTE AGITADO. ¿ESTAMOS PREPARADOS? . . **41**

P-137

IMPLANTACIÓN PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS SANITARIAS DE CASTILLA Y LEÓN. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA **41**

P-138

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS Y SU ABORDAJE EN EL ÁREA DE TRIAJE **42**

P-139

ESTUDIO SOBRE LA PETICIÓN DE RADIOGRAFÍAS EN TRIAJE. ¿SON NECESARIAS TODAS? **42**

P-140

PACIENTES ATROPELLADOS EN NÚCLEOS URBANOS, ¿QUÉ CUIDADOS NECESITAN? **43**

P-141

FRECUENCIA RESPIRATORIA. LA IMPORTANCIA DE REALIZAR SU MEDICIÓN EN TRIAJE DE URGENCIAS **43**

P-142

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS ANTE LA SOSPECHA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA **44**

P-143

IMPLANTACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS SANITARIAS DE CASTILLA Y LEÓN. ICTUS. . . **44**

P-144

SEPSIS, ¿Y AHORA QUÉ? **45**

P-146

DIABETES, UNA DULCE EMERGENCIA. **45**

P-147

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS QUEMADURAS **46**

A-149

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PARACENTESIS **46**

A-150

ATENCIÓN AL USUARIO. **47**

A-151

SEPSIS. **47**

A-152

TRIAJE AVANZADO EN TRAUMA MENOR **48**

A-153

CREACIÓN DE UNA HOJA DE RECOMENDACIONES AL ALTA DE URGENCIAS SOBRE EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS AGUDOS/CRÓNICOS DE LUMBALGIAS NO TRAUMÁTICAS. **48**



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

O-154

UTILIDAD DEL LARINGOSCOPIO CON ALARMA INCORPORADA
EN LA DOCENCIA DE SOPORTE VITAL50

O-155

EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA SBAR EN EL TRASPASO DE
INFORMACIÓN REALIZADO POR ENFERMEROS DEL MÁSTER
DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y HOSPITALARIA URGENTE
USANDO SIMULACIÓN CLÍNICA50

O-156

CONOCIMIENTOS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR
BÁSICA EN POBLACIÓN GENERAL EN LA PROVINCIA
DE BURGOS51

O-157

OPTIMIZACIÓN DE LA RENTABILIDAD
DE LOS HEMOCULTIVOS EN EL SERVICIO
DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO.51

O-158

VIOLENCIA DE GÉNERO: UNA ASIGNATURA PENDIENTE. . .52

O-159

PATOLOGÍA AÓRTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DEL HOSPITAL GENERAL DE ALMANSA EN EL AÑO 2015. . .53

O-160

SIMULACIÓN CLÍNICA EN ENTRENAMIENTO MULTIDISCIPLINAR
EN EL ÁREA DE URGENCIAS.53

O-161

PATOLOGÍA AÓRTICA EN EL HOSPITAL GENERAL
DE ALMANSA EN EL AÑO 2015.54

P-162

PREDICTORES ESTRUCTURALES DE LA GRAVEDAD
DEL TRAUMATISMO EN LOS ACCIDENTADOS DE TRÁFICO. .54

P-163

UTILIDAD DEL CURSO TEÓRICO-PRÁCTICO DE REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR BÁSICA Y AVANZADA PARA ALUMNOS
DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID,
DURANTE SU ROTACIÓN POR EL SERVICIO DE URGENCIAS
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ55

P-164

TIPOLOGÍA DE LAS INSTITUCIONES FORMADAS
POR EL EQUIPO DE FORMACIÓN A LA CIUDADANÍA
DE SAMUR PROTECCIÓN CIVIL55

P-165

EFICACIA Y SEGURIDAD DEL USO DE HIERRO INTRAVENOSO
EN URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL. . .56

O-166

¿TIENEN CAPACIDAD LOS NIÑOS EN EDAD ESCOLAR
PARA REALIZAR MASAJE CARDIACO DE CALIDAD?56

P-167

FÚTBOL VS. SALUD.57

O-168

EL USO DE LA RCP-CANCIÓN COMO MÉTODO
DE REFUERZO PERIÓDICO EN LA FORMACIÓN
EN RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)
BÁSICO EN ESCOLARES ADOLESCENTES57

O-169

EVALUACIÓN DE RESIDENTES MEDIANTE UNA APLICACIÓN
DE MÓVIL: EXPERIENCIA E-JAC58

P-170

MANEJO DE LAS PIELONEFRITIS EN EL SERVICIO
DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS
DE VALDECILLA.58

O-171

UTILIDAD DE LOS CHECKLIST EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE
CON DOLOR TORÁCICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS
HOSPITALARIO.59



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

O-172

PSIQUIATRÍA DE EMERGENCIAS: INCIDENCIA Y TRATAMIENTO DE LA AGITACIÓN EN VALLADOLID (UME 1)60

O-173

USO DE CHECKLIST EN LA VALORACIÓN INICIAL DE LOS PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO CORONARIO ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO60

P-174

NECESIDADES FORMATIVAS DE FUTUROS URGENCIÓLOGOS.61

P-175

EXPERIENCIAS DE ENFERMERÍA EN INNOVACIÓN. EL DISPOSITIVO DE RETENCIÓN TORÁCICA.61

P-176

EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD DEL EQUIPO DE FORMACIÓN A LA CIUDADANÍA DE SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL EN EL PERIODO 2011-201562

P-177

FORMACIÓN EN ATENCIÓN AL POLITRAUMATIZADO EN RESIDENTES DE LOS ÚLTIMOS AÑOS DE ESPECIALIDAD62

P-178

CÁPSULAS DE FORMACIÓN EN URGENCIAS MEDIANTE QR CODE.63

P-179

¿SON LOS RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMILIA NUESTROS RESIDENTES DE URGENCIAS?63

P-180

EVOLUCIÓN DE LA RESISTENCIA A LAS QUINOLONAS EN LAS CEPAS DE *ESCHERICHIA COLI* PRODUCTORAS DE BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO AISLADAS EN LOS UROCULTIVOS64

P-181

ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS EN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y LA PRÁCTICA CLÍNICA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS64

P-182

IMPACTO DE LAS REDES SOCIALES EN LA EDUCACIÓN MÉDICA DE LA MEDICINA DE URGENCIAS65

P-183

CALIDAD DE LAS MANIOBRAS DE RCP: USO DE UN ASISTENTE INTERACTIVO EN SIMULACIONES AVANZADAS65

P-184

GRADO DE SATISFACCIÓN DE LA ROTACIÓN POR UN SERVICIO DE URGENCIAS DE RESIDENTES DE PRIMER AÑO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA66

P-185

CONCORDANCIA/DISCREPANCIA INTER-EVALUADORES DE ACTIVIDADES DOCENTES DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS PARA ACREDITACIÓN EN LA REGIÓN DE MURCIA66

P-186

PARTICIPACIÓN DE LA CIUDADANÍA EN EL III DÍA EUROPEO DE CONCIENCIACIÓN SOBRE EL PARO CARDIACO (2015) ORGANIZADO POR SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL67

P-187

DISEÑO DE UN CURSO DE INICIACIÓN A LAS URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS67

P-188

UN MODELO NUEVO, SENCILLO, ECONÓMICO Y REUTILIZABLE PARA EL APRENDIZAJE Y PRÁCTICA DE LA CANALIZACIÓN ECOGUIADA DE VÍAS CENTRALES68

P-189

EXPERIENCIA DE FORMACIÓN ANTE UNA CRISIS EPILÉPTICA EN URGENCIAS, ¿PODEMOS HACER ALGO MÁS?68



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-190

CREACIÓN DE UNA UNIDAD MÓVIL DE EMERGENCIAS (UME) DOCENTE EN LA GERENCIA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS 061 DE LA REGIÓN DE MURCIA. 69

CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

O-193

MORTALIDAD PRECOZ EN PACIENTES INGRESADOS PROCEDENTES DE URGENCIAS 72

O-194

RETORNO A URGENCIAS. PACIENTES QUE FALLECEN O PRECISAN INGRESO EN INTENSIVOS 72

O-195

PACIENTES FUGADOS DE URGENCIAS. CARACTERÍSTICAS Y RECONSULTAS 73

P-196

LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA: CALIDAD ASISTENCIAL PARA URGENCIAS Y PARA EL CONJUNTO DEL HOSPITAL 73

P-197

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON NIVEL DE TRIAJE I Y II EN UN CENTRO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA 74

O-198

TRANSFERENCIA DEL PACIENTE POR PARTE DE LAS UNIDADES DE SOPORTE VITAL AVANZADO EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS DE LA CIUDAD DE MADRID. VISIÓN DEL EMERGENCIÓLOGO 74

P-199

LA INTIMIDAD, DERECHO FUNDAMENTAL. 75

P-191

CURSO DE FORMACIÓN SOBRE VIRUS DEL ÉBOLA PUERTA DE URGENCIAS 69

A-192

LA FORMACIÓN DEL MÉDICO RESIDENTE EN URGENCIAS .. 70

O-200

MEJORA DEL USO DE LOS HOSPITALES DE APOYO 75

P-201

SISTEMAS AUTOMÁTICOS DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS (SADME) EN URGENCIAS. INFLUENCIA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE 76

O-202

EVOLUCIÓN DEL CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ENTRE LOS PROFESIONALES DE URGENCIAS A LO LARGO DEL TIEMPO: EL APRENDIZAJE NOS HACE GARANTES, PERO MÁS CRÍTICOS 76

P-203

ANÁLISIS DE LAS DERIVACIONES DESDE UN CENTRO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA A LOS HOSPITALES DE REFERENCIA 77

O-204

INDICADORES DE CALIDAD Y SEGURIDAD ASISTENCIALES EN DOS UNIDADES DE CORTA ESTANCIA DEPENDIENTE DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE DOS HOSPITALES UNIVERSITARIOS 77

O-205

PROGRAMA DE DETECCIÓN DE POSIBLES DONANTES DE ÓRGANOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO. 78

O-206

DERIVACIÓN INVERSA INTRAHOSPITALARIA. VISITAS AHORRADAS EN URGENCIAS. 78





ÍNDICE TEMÁTICO

P-207

CONCORDANCIA DE LOS VALORES ÉTICOS ENTRE PROFESIONALES Y USUARIOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS DE LA REGIÓN79

P-208

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO INGRESADO EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA EN RELACIÓN A LA ESTANCIA MEDIA REQUERIDA80

P-209

PACIENTE ONCOLÓGICO CON NEOPLASIA ACTIVA INGRESADO EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA EN 2015. ESTUDIO COMPARATIVO CON EL PERIODO 201180

O-210

EPIDEMIA DE GRIPE 2016: ¿ES LA RESPONSABLE DE LA SITUACIÓN DE COLAPSO DE URGENCIAS?81

O-211

AUTOPSIA CLÍNICA EN URGENCIAS81

P-212

VISITAS PROGRAMADAS ESCOLARES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS: UN INDICADOR DE CALIDAD PERCIBIDA ..82

P-213

LA INTERVENCIÓN SOCIAL EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DURANTE 1 AÑO82

O-214

UNA EXPERIENCIA DE MEJORA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE83

P-215

IMPLANTACIÓN EN EPES DEL SISTEMA DE DOBLE CHEQUEO ORAL Y ESCRITO: BUEN CAMINO PARA LA SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE.83

O-216

EVOLUCIÓN DE LA ASISTENCIA A LAS EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS. NUEVAS REALIDADES Y NUEVOS RETOS84

P-217

SEGURIDAD EN PRESCRIPCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS EN URGENCIAS. ¿QUÉ ES MÁS IMPORTANTE?84

P-218

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS MÁS FRECUENTADORES DEL SERVICIO DE URGENCIAS. PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES Y VALORACIÓN DE LA EFICIENCIA DE LA UNIDAD CLÍNICA85

P-219

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HUMS: ANÁLISIS DEL ÚLTIMO TRIMESTRE DE 201585

P-220

PROFILAXIS DE TVP EN URGENCIAS. NO HAY QUE BAJAR LA GUARDIA86

P-221

ESTUDIO DE LAS NECESIDADES DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA SALA DE OBSERVACIÓN86

P-222

IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLO DE PETICIÓN DE PROTEÍNA C REACTIVA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ALMANSA87

P-223

LLAMADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS DE CASTILLA Y LEÓN EN EL AÑO 2015 ...87

P-224

DIAGNÓSTICOS DE URGENCIAS. ¿COINCIDEN CON LOS DIAGNÓSTICOS AL ALTA HOSPITALARIA?88





ÍNDICE TEMÁTICO

P-225

CUMPLIMENTACIÓN DE INFORMES CLÍNICOS DE RESIDENTES DE PRIMER AÑO.88

P-226

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS. COMPARATIVA DE RESULTADOS. AÑOS 2014-2015.89

P-227

REDUCCIÓN DE FATIGA POR ALARMA Y MEJORA DE USO DE DISPOSITIVOS DE ALERTA EN URGENCIAS.89

P-228

LA INTERCONSULTA EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE URGENCIAS HOSPITALARIAS90

P-229

FACTORES PREDICTORES DE HIPERFRECUENTACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA EN UNA MUESTRA DE PACIENTES FIDELIZADOS EN URGENCIAS HOSPITALARIAS (FIDUR-AP)90

P-230

MEJORA DE LA EFICIENCIA EN LA ATENCIÓN A LAS EMERGENCIAS COMPLEJAS Y CRÍTICAS SEGÚN EL TIPO DE HOSPITAL91

P-231

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL TRIAJE DEL SERVICIO DE URGENCIAS91

P-232

INICIATIVA DE MEJORA DEL MANEJO DEL ANGIOEDEMA AGUDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS92

P-233

ANÁLISIS DE LA DISTRIBUCIÓN DE RRHH EN CASTILLA-LA MANCHA92

P-234

¿NOS DECIMOS TODA LA VERDAD EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS? TRANSFERENCIA Y OPTIMIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS93

P-235

ENFERMERÍA EN EL PROTOCOLO DE RECEPCIÓN DE PACIENTE EN EL HELIPUERTO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES93

P-236

COMPETENCIAS DEL ENFERMERO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS94

P-237

LA ENFERMERÍA DE CENTRO COORDINADOR DE SUMMA 112, BASE DEL SISTEMA DE ALERTAS RÁPIDAS EN SALUD PÚBLICA94

P-238

INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DEPENDIENTE DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.95

P-239

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS RECLAMACIONES RECIBIDAS DURANTE EL AÑO 2015 EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL95

P-240

SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. . .96

P-241

PRÁCTICA TRANSFUSIONAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS96

P-242

RESULTADOS DE UN PROCEDIMIENTO DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO HOSPITALARIO POR EL SERVICIO DE URGENCIAS97





ÍNDICE TEMÁTICO

P-243

AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO EN EL ÁMBITO DE LA MEDICINA DE URGENCIAS 97

P-244

¿INFLUYE LA APERTURA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS COMARCAL EN LA DEMANDA ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE REFERENCIA? 98

P-245

LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL AL ALTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO. 98

P-246

MORTALIDAD EN UN SERVICIO DE URGENCIAS 99

P-247

NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS URGENCIAS VERSUS RESTO DEL HOSPITAL 99

P-248

¿ES LA URGENCIA UN BUEN SITIO PARA MORIR? 100

P-249

TRAZABILIDAD EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO. 100

P-250

PROPUESTA PARA LA EVALUACIÓN DEL PROCESO DE OBTENCIÓN DE MUESTRAS EN URGENCIAS 101

P-251

PROYECTO DE GEOLOCALIZACIÓN DE PACIENTES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. 101

P-252

INSTAURACIÓN DE SISTEMA DE ALTA PRECOZ EN PACIENTE EPOC DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS 102

P-253

EFFECTO DE LA REDUCCIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS POR UN PLAN DE OBRA EN LOS INDICADORES DE URGENCIAS 102

P-254

SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS. 103

P-255

BOTIQUÍN PARA EMERGENCIAS PERIHOSPITALARIAS 103

P-256

UNIDAD ESPECIALIZADA DE GESTIÓN DE HELICÓPTEROS SANITARIOS DE EMERGENCIA (UMA) 104

P-257

SEGURIDAD EN CONTENCIÓN DEL PACIENTE AGITADO . . . 104

P-258

GESTIÓN DE LAS RECLAMACIONES DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO. 105

P-259

IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE ACTUACIÓN Y FORMACIÓN CONTINUADA EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR DE ADULTO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS . . 105

P-260

REINGRESO HOSPITALARIO PRECOZ: ¿PUEDEN SER PREVISIBLES?. 106

P-261

CODIFICACIÓN DIAGNÓSTICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE ADULTOS 106

P-262

SATURACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y GOOGLE® 107



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-263

¿10 AÑOS? EL RD 954/2015 DE PRESCRIPCIÓN
ENFERMERA 107

P-264

TRASLADO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS
POR AMBULANCIAS NO PEDIÁTRICAS:
AVANZANDO EN SEGURIDAD 108

P-265

IMPLANTACIÓN DE APLICACIONES PARA MÓVILES
EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS. PROYECTO EMUYE ... 108

P-266

ANÁLISIS DE LA COMUNICACIÓN EN LOS SERVICIOS
DE EMERGENCIAS SANITARIAS 109

P-267

TRASLADO INVOLUNTARIO 109

CAPÍTULO 5. MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

O-276

LAS CAÍDAS, CARTA DE PRESENTACIÓN DE LOS PACIENTES
ANCIANOS EN URGENCIAS 114

O-277

RABDOMIOLISIS EN ANCIANOS CON CAÍDA ACCIDENTAL
EN UN SERVICIO DE URGENCIAS 114

P-278

MALOS TRATOS REGISTRADOS EN 2015 EN UN HOSPITAL
TERCIARIO UNIVERSITARIO 115

P-268

MEDIO EXTRAHOSPITALARIO HOSTIL: RESUCITACIÓN
CARDIOPULMONAR SEGURA 110

P-270

ASIGNACIÓN DE PACIENTES EN UNA UNIDAD CLÍNICA
DE CUIDADOS INTENSIVOS Y URGENCIAS 110

P-271

FACTORES QUE AUMENTAN EL TIEMPO DE PERMANENCIA
DE LOS PACIENTES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS ... 111

P-272

DILEMA ÉTICO ANTE EL ALTA VOLUNTARIA 111

A-274

IMPLANTACIÓN DE SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES
ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y URGENCIAS 112

A-275

¿DÓNDE ESTÁ EL LÍMITE? 112

O-279

COORDINACIÓN ENTRE MÉDICOS DE URGENCIAS
Y MÉDICOS DE RESIDENCIAS 115

O-280

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA PROBLEMÁTICA SOCIAL
EN URGENCIAS HOSPITALARIAS. 116

O-281

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS
ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL POR UNA
URGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA POTENCIALMENTE GRAVE.
INDICADORES DE EVENTOS ADVERSOS (RE-CONSULTA,
INGRESO, MORTALIDAD) A MEDIO PLAZO 116





ÍNDICE TEMÁTICO

P-282

MÉDICO PACDIATRA. ¿ESPECIALIDAD O REALIDAD? 117

O-283

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS
EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA ESPAÑOLA, UNA PERSPECTIVA
POBLACIONAL. 117

P-284

VALORACIÓN NUTRICIONAL EN URGENCIAS
EN EL PACIENTE ANCIANO 118

P-285

ADECUACIÓN FARMACOLÓGICA EN EL PACIENTE ANCIANO
INSTITUCIONALIZADO 118

O-286

FACTORES EXTRÍNSECOS E INTRÍNSECOS CAUSALES
DE LAS CAÍDAS EN LOS ANCIANOS ATENDIDOS
POR UNA CAÍDA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS 119

O-287

CONSULTA SANITARIA EN LOS CCU: EFECTIVIDAD
DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA. 119

P-288

INSOMNIO EN MÉDICOS Y ENFERMEROS
DE URGENCIAS 120

P-289

HELITRANSPORTE MÁS SEGURO EN PACIENTES TRASLADADOS
CON INCUBADORA. 120

O-290

CONSUMO DE RECURSOS DE LAS CAÍDAS
EN LOS ANCIANOS ATENDIDOS POR CAÍDA
EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS 121

P-291

¿QUÉ OCURRE EN LA UNIDAD DE OBSERVACIÓN? 121

P-292

SINTOMATOLOGÍA ANSIOSODEPRESIVA, *BURNOUT*
Y CONSUMO DE TÓXICOS EN MÉDICOS Y ENFERMEROS
DE URGENCIAS 122

P-293

ACCIDENTES DE BUCEO: EPIDEMIOLOGÍA EN UN HOSPITAL
DE REFERENCIA Y USO DE LA CÁMARA HIPERBÁRICA 122

P-294

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN ANCIANOS:
¿OBSERVAMOS O PERDEMOS TIEMPO? 123

P-295

ABORDAJE DEL PACIENTE CRÓNICO-COMPLEJO AVANZADO
EN ATENCIÓN CONTINUADA 123

P-296

MODELO DE ATENCIÓN URGENTE AL ANCIANO FRÁGIL
EN URGENCIAS. 124

P-297

FACTORES PREDICTIVOS DE LA MORTALIDAD A 90 DÍAS DE
LOS PACIENTES CRÓNICOS PLURIPATOLÓGICOS COMPLEJOS
DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD QUE INGRESAN A TRAVÉS
DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS 124

P-298

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN ANCIANOS:
FACTORES DE RIESGO DE HEMORRAGIA INTRACRANEAL . 125

P-299

ESTUDIAR EL NIVEL DE ASERTIVIDAD DE LOS PROFESIONALES
DE URGENCIAS HOSPITALARIA Y EXTRAHOSPITALARIA
DE LA REGIÓN DE MURCIA 126

P-301

IMPACTO DE LA LUNA EN LAS EMERGENCIAS PSIQUIÁTRICAS
EXTRAHOSPITALARIAS 127





ÍNDICE TEMÁTICO

P-303

REGISTRO DE CASOS DE SOSPECHA DE MALOS TRATOS EN EL ANCIANO DETECTADOS EN LA URGENCIA HOSPITALARIA **127**

P-304

ATENCIÓN PEDIÁTRICA EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS CON PUERTA ÚNICA **128**

P-309

LOS PACIENTES Y FAMILIARES A LOS QUE ATENDEMOS, ¿SE ENCUENTRAN SATISFECHOS? **128**

P-311

IMPLANTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE COORDINACIÓN ENTRE URGENCIAS DEL 061 Y UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA PEDIÁTRICA EN LA REGIÓN DE MURCIA . . . **129**

P-313

DOLOR TORÁCICO POR HERNIA HIATAL GIGANTE. ACTITUD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO **129**

P-315

A PROPÓSITO DE UN CASO: PARÁLISIS DEL NERVIO HIPOGLOSO POSTINTUBACIÓN OROTRAQUEAL **130**

P-324

2015: NUEVO MODELO EN TRANSPORTE SANITARIO . . . **130**

P-331

PERFIL DE LAS URGENCIAS OFTALMOLÓGICAS EN UN HOSPITAL DE PUERTA ÚNICA **131**

A-333

DOLOR SEVERO EN URGENCIAS: ¿POR QUÉ COMENZAR CON UN OPIOIDE? **131**

A-336

HAITÍ, PICOTEANDO EN EL HUECO **132**

A-340

ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y DESARROLLO A ESCALA 1/10 DEL PROYECTO DEL AUTOGIRO AMBULANCIA ANTECESOR DEL ACTUAL HELICÓPTERO SANITARIO **132**

A-342

OJO CON EL SINEMET **133**





ÍNDICE TEMÁTICO

CAPÍTULO 6. TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

O-346

IMPACTO DE LA FIGURA DEL RESPONSABLE ALERTANTE DE DISTRITO EN LA FORMACIÓN A LA CIUDADANÍA. 135

P-347

¿FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS ES NUESTRA ASIGNATURA PENDIENTE? ENCUESTA NACIONAL A TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS-TES SOBRE SU NECESIDAD FORMATIVA PARA LA ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA 135

P-348

DISPOSITIVO DE RECONOCIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA DE TÉCNICOS DE EMERGENCIAS SANITARIAS EN EUSKADI, UN ESTUDIO DESCRIPTIVO. 136

O-349

PERFIL FORMATIVO DEL TÉCNICO EN EMERGENCIAS SANITARIAS. DE TTS A TES CINCO AÑOS DESPUÉS. 136

P-350

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DEL TÉCNICO EN EMERGENCIAS SANITARIAS 137

O-351

ACTUACIÓN DE UN SVB ANTE LA PATOLOGÍA ENDOCRINO-METABÓLICA. DETERMINACIÓN DE LA GLUCEMIA CAPILAR . . . 137

O-352

EL CATÁLOGO DE CURSOS EN EL EQUIPO DE FORMACIÓN A LA CIUDADANÍA DE SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL 138

O-353

GESTIÓN DE RIESGOS PREVISIBLES Y PROGRAMADOS POR DISPOSITIVOS DE PROTECCIÓN CIVIL 139

P-354

ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DE DESGASTE PROFESIONAL EN EL TRANSPORTE SANITARIO 139

P-355

EL UNIFORME EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIOS, ¿UN EQUIPO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL? 140

P-356

EL ABORDAJE DE LA PATOLOGÍA OBSTÉTRICA POR UNA UNIDAD DE SOPORTE VITAL BÁSICO 140

P-357

EVOLUCIÓN DE LOS TIEMPOS DE RESPUESTA DE LA POLICÍA MUNICIPAL DE MADRID Y SAMUR-PC, EN EL DISTRITO DE ARGANZUELA, MADRID 141

P-358

LOGÍSTICA DE INTERVENCIÓN EN UN INCIDENTE SANITARIO 141

P-359

EL USO DE DESFIBRILADORES SEMIAUTOMÁTICOS POR TESTIGOS LEGOS. ESLABÓN IMPORTANTE EN LA CADENA DE SUPERVIVENCIA. 142

P-360

FORMACIÓN PRÁCTICA DE LOS TES EN CENTROS DE URGENCIAS 142

P-361

ANÁLISIS DE LA FORMACIÓN PRIMER RESPONDIENTE ADAPTADO A LA TOTALIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL DESTINADA EN MADRID CAPITAL (I FASE) 143

P-362

LOS RECURSOS DE APOYO LOGÍSTICO ESPECIALIZADOS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS 143

P-363

TÉCNICA DE MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE OBESO Y/O DE DIFÍCIL ACCESO 144





ÍNDICE TEMÁTICO

P-364

PERFIL DEL FORMADOR EN EL EQUIPO DE FORMACIÓN A LA CIUDADANÍA DE SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL. 144

P-365

PATOLOGÍA EN EL EVENTO DEPORTIVO MAPOMA RELACIONADA CON LOS FACTORES CLIMÁTICOS. 145

CAPÍTULO 7. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-367

REVISIÓN DE AUMENTO DE USO DE LA VÍA INTRAÓSEA EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS. 147

O-368

DIFERENCIAS EN EL PERFIL METABÓLICO INICIAL DE LAS PARADAS CARDIACAS EXTRAHOSPITALARIAS CON RITMOS DESFIBRILABLES Y NO DESFIBRILABLES, Y SU REPERCUSIÓN EN EL MANEJO Y VALORACIÓN PRONÓSTICA DE LOS PACIENTES. 147

O-369

EL ORDEN DE LLEGADA DE LOS RECURSOS AL PARO CARDIACO EXTRAHOSPITALARIO, ¿FACTOR DECISIVO EN EL RESULTADO CLÍNICO?. 148

O-370

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES REANIMADOS TRAS UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA UTILIZANDO EL CARDIOCOMPRESOR MECÁNICO EXTERNO LUCAS Y EL MASAJE MANUAL CONVENCIONAL 148

O-371

ADRENALINA EN LA PARADA CARDIACA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS 149

P-366

EVOLUCIÓN DE LA SEGURIDAD DE LOS TÉCNICOS DE EMERGENCIAS SANITARIAS EN LA VÍA PÚBLICA DE LAS ISLAS BALEARES (1990-2015) 145

O-372

GOLDEN HOUR: DE LA LITERATURA A LA REALIDAD. EXPERIENCIA EN UNIDADES DE SOPORTE VITAL AVANZADO CON ENFERMERÍA EN LA REGIÓN DE BARCELONA. 149

O-373

INFLUENCIA DE LA CADENA DE SUPERVIVENCIA EN EL DONANTE REAL 150

O-374

FACTORES PREDICTIVOS DE LESIÓN INTRACRANEAL EN LOS TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS LEVES. . . 150

O-375

MÉTODO EXTRAHOSPITALARIO DE TRIAJE AVANZADO (META). ESTUDIO DEL PERFIL ROJO QUIRÚRGICO Y ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO DE LAS ESCALAS DE GRAVEDAD EN LA ESCENA A PARTIR DE UN REGISTRO DE TRAUMA GRAVE 151

O-376

ENFERMERÍA PREHOSPITALARIA EN EL CÓDIGO INFARTO: CUATRO AÑOS DE EXPERIENCIA 152

P-377

UNA MALA SALIDA DE TRABAJO. 152



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-378

VEHÍCULOS DE APOYO LOGÍSTICO PARA LA ATENCIÓN DE LAS CATÁSTROFES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA GALLEGA. 153

P-379

PSIQUIATRÍA DE EMERGENCIAS: EXPERIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE LA VÍA INHALATORIA EN TRATAMIENTO DE LA AGITACIÓN EN EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS 153

O-381

ATENCIÓN PEDIÁTRICA PRIMARIA POR UN SERVICIO DE HELICÓPTERO SANITARIO (2011-2015) 154

O-382

TIPIFICACIÓN Y TEMPORALIDAD DE LOS INCIDENTES DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS . 154

P-383

TRABAJO EXTRAHOSPITALARIO EN EQUIPO: OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS 155

P-384

VALORACIÓN PREHOSPITALARIA DEL CÓDIGO PPT A LAS COMARCAS DEL EBRO. 155

O-385

ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD PREDICTIVA DEL MÉTODO EXTRAHOSPITALARIO DE TRIAJE AVANZADO (META) RESPECTO AL RESTO DE ESCALAS DE GRAVEDAD PARA LA NECESARIA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA URGENTE EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS 156

P-386

ÉXITOS SIN ASISTENCIA, PERFIL EPIDEMIOLÓGICO. 156

O-387

TAS & LT, 100 MMHG EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO ¿PODEMOS PREDECIR UN MAL PRONÓSTICO DESDE EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO? 157

P-388

RCP MANUAL VS LUCAS2. EXTRAHOSPITALARIA, ¿LO USAMOS O ESPERAMOS? 157

P-389

SOPORTE VITAL AVANZADO ENFERMERO SVAE: UNA REALIDAD CRECIENTE EN ESPAÑA 158

P-390

¿ES POSIBLE LA DESCONTAMINACIÓN MASIVA DE AFECTADOS EN UN INCIDENTE NRBQ? ANÁLISIS EN LAS EXPERIENCIAS DE DESCONTAMINACIÓN MASIVA . . . 158

P-391

INCORPORACIÓN DEL LUCAS 2 EN UN SOPORTE VITAL AVANZADO. 159

P-392

MANEJO DEL PACIENTE EN COMA SECUNDARIA A HERIDA DE ARMA DE FUEGO, EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO . . 159

P-393

EL PROCESO ASISTENCIAL DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN LOS CENTROS DE COORDINACIÓN DEL 061 ANDALUCÍA. 160

P-394

CARACTERÍSTICAS DE LOS TRANSPORTES INTERHOSPITALARIOS REALIZADOS POR LA AMBULANCIA MEDICALIZADA DEL CONSORCI SANITARI DE TERRASSA 160

P-395

¿NOS PROTEGEMOS LO SUFICIENTE? 161

P-396

EVALUACIÓN DEL PLAN DE EMERGENCIAS DEL AEROPUERTO DE SAN JAVIER. PUNTO DE VISTA SANITARIO 161

P-397

DISTRIBUCIÓN DE LOS DESFIBRILADORES EXTERNOS AUTOMÁTICOS (DEA) EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS . . 162



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-398

SÍNDROME DEL ARNÉS: ESE GRAN DESCONOCIDO 162

P-399

MOVILIZACIÓN DE RECURSOS EN INCIDENTES DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS. 163

P-400

¿REALIZAMOS LESIONES DURANTE LA PRÁCTICA DE LAS COMPRESIONES TORÁCICAS DE LA RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR? 163

P-401

CÓDIGO ICTUS 164

P-402

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL TRAUMA GRAVE ATENDIDO POR EL SISTEMA DE EMERGENCIAS EN EL ÁREA SANITARIA III DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS 164

P-403

RECUPERACIÓN DEL PULSO ESPONTÁNEO EN EL PROCEDIMIENTO DE DONACIÓN TRAS MUERTE CARDIACA 165

P-404

SUPERVIVENCIA DE LAS PARADAS CARDIACAS EN ADULTOS EN ESPAÑA: REVISIÓN SISTEMÁTICA 165

P-405

PARO CARDIACO INTRAHOSPITALARIO. ALERTAS POR URGENCIA VITAL. CARROS DE PARADA 166

P-406

INTEGRACIÓN DE UN CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS EN UN CENTRO DE EMERGENCIAS 166

P-408

INCIDENTES DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS. COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN 167

P-409

REVISIÓN SOBRE DISPOSITIVOS INTRAÓSEOS EN EMERGENCIAS. 167

P-410

EXPLORANDO LOS CONOCIMIENTOS SOBRE RCP BÁSICA EN LOS CUIDADORES PRINCIPALES DE ENFERMOS 168

P-411

¿SON REALMENTE INTUITIVOS LOS DESFIBRILADORES SEMIAUTOMÁTICOS? 168

P-412

TRABAJANDO EN EQUIPO ANTE UN IMV-SUMMANDO POR EL PACIENTE. 169

P-413

RESULTADO DE LAS ACTIVACIONES DE DONACIÓN TRAS MUERTE CARDIACA TIPO IIA. 169

P-414

ESTUDIO PILOTO SOBRE CONOCIMIENTO POBLACIONAL DE LA RCP Y USO DEL DESA 170

P-415

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL USO DEL TORNQUETE Y EL PAPEL DE LOS TES EN LAS EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS 170

P-416

¿UN "SIMPLE" DOLOR ABDOMINAL? A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO. 171

P-417

LA PARADA CARDIACA RELACIONADA CON LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ: DATOS ASOCIADOS A LA EVIDENCIA CIENTÍFICA 171

P-421

UNIFICACIÓN DEL CARRO DE PARADAS 172



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-423

CARBOXIHEMOGLOBINA 172

P-424

ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR AL POLITRAUMATIZADO ... 173

A-426

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA BOMBA DE INFUSIÓN VOLUMAT MC AGILIA PARA SU UTILIZACIÓN EN LAS AMBULANCIAS DE LOS DISPOSITIVOS DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS DEL ÁREA SANITARIA DE OSUNA 173

A-427

ROL ENFERMERO EN TUNELADORAS EPBS (EARTH PREASURE BALANCE) 174

A-428

¿QUÉ CARACTERÍSTICAS IDENTIFICAN AL SOPORTE VITAL AVANZADO ENFERMERO (SVAE) FRENTE A OTRAS UNIDADES DE SVA (SOPORTE VITAL AVANZADO) EN LA ATENCIÓN A LA PARADA CARDIACA? 174

P-430

ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES ANTE LA MUERTE Y PRESENCIA DE FAMILIARES DURANTE RCP EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO 175

A-431

EVALUACIÓN DE LA SUPERVIVENCIA Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA DE LOS PACIENTES REANIMADOS TRAS UNA PARADA CARDIACA MEDIANTE EL USO DEL CARDIOCOMPRESOR MECÁNICO LUCAS 175

A-434

UTILIZACIÓN DEL COLCHÓN DE VACÍO EN LAS NUEVAS UNIDADES DE SOPORTE VITAL AVANZADO DEL SISTEMA DE EMERGENCIAS MÉDICAS DE CATALUNYA 176

CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I; (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

O-435

DETERIORO DE LA FUNCIÓN RENAL COMO FACTOR RELACIONADO CON LA MORTALIDAD Y LA RECONSULTA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA ATENDIDOS EN SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS 178

O-436

PAPEL PRONÓSTICO INTRAHOSPITALARIO DEL CONTROL GLUCÉMICO EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA 179

P-437

CONOCER PARA EVOLUCIONAR EN CUIDADOS. 179

O-438

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL SÍNCOPE. ¿VALEN LA PENAL? 180

O-439

UTILIZACIÓN DE LA DOBLE ANTIAGREGACIÓN EN EL SÍNDROME CORONARIO SIN ELEVACIÓN DEL ST (SCASEST) EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO 180

O-440

LA VIOLENCIA DE GÉNERO INFLUYE EN EL PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE LAS PACIENTES QUE CONSULTAN POR DOLOR TORÁCICO. 181

O-441

UTILIDAD DE VERNAKALANT EN URGENCIAS PARA LA CARDIOVERSIÓN FARMACOLÓGICA DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR 181



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

O-442

¿PENSAMOS EN DIGITAL? 182

P-443

¿ANTICOAGULAMOS CORRECTAMENTE LA FIBRILACIÓN AURICULAR DE RECIENTE COMIENZO? 182

O-444

LA PULSIOXIMETRÍA INICIAL EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA. UTILIDAD COMO PREDICTOR DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA 183

P-445

EXPERIENCIA DEL CÓDIGO PACIENTE POLITRAUMÁTICO EN EL HOSPITAL GENERAL DEL PARC SANITARI SANT JOAN DE DÉU: ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL AÑO 2015 183

P-446

DESTINO AL ALTA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS 184

O-447

MODELO PREDICTIVO DE MORTALIDAD A 6 MESES DE LOS ANCIANOS DADOS DE ALTA DE LAS UNIDADES DE CORTA ESTANCIA 184

O-448

RELACIÓN ENTRE EL LUGAR DE INGRESO DE NUESTROS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA Y LAS RECONSULTAS Y REINGRESOS A UN MES 185

O-449

MANEJO AMBULATORIO DESDE URGENCIAS DE PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO MEDIANTE SPECT 185

O-450

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR SEGÚN EL ÍNDICE DE SEVERIDAD DEL EMBOLISMO PULMONAR (PESI) EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 186

P-451

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DADOS DE ALTA DE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA CON DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA 187

O-452

FACTORES PREDICTORES DE PRESCRIPCIÓN ANTICOAGULANTE EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR ATENDIDOS EN URGENCIAS 187

O-453

MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA DE LA VENA CAVA INFERIOR MEDIANTE ECOGRAFÍA POINT OF CARE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA 188

P-454

CAPACIDAD PREDICTIVA DE UNA ESTRATEGIA MULTIMARCADOR DE LA MORTALIDAD A MUY CORTO PLAZO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA EN SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIOS 188

O-455

ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR PREVIA ATENDIDOS POR UN EPISODIO DE INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA EN SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIOS 189

P-456

MANEJO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR DE RECIENTE COMIENZO 189

O-457

PERFILES CLÍNICOS DE LOS PACIENTES QUE REINGRESAN POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA 190

O-458

MORTALIDAD ASOCIADA A HIPOTENSION Y FUNCIÓN SISTÓLICA EN INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA. ESTUDIO HIPOICA 190



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

O-459

VALORACIÓN DE LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIDIABÉTICO AL ALTA DE LA UCE COMO FACTOR PRONÓSTICO EN LOS PRIMEROS 90 DÍAS 191

O-460

CRISIS COMICIAL EN URGENCIAS:
¿LA BÚSQUEDA DEL FAE PERFECTO! 191

O-461

VENDAJE COMPRESIVO TRAS PUNCIÓN ARTERIAL EN URGENCIAS: IMPLEMENTACIÓN DE UNA NUEVA TÉCNICA . . 192

P-462

VALOR PREDICTIVO DE MALOS RESULTADOS A 180 DÍAS DEL ALTA DE UNA VALORACIÓN FUNCIONAL ABREVIADA Y SU CONCORDANCIA CON EL ÍNDICE DE BARTHEL EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA (UCE) DE URGENCIAS 192

O-463

CONTROL DE GLUCEMIA COMO DETERMINANTE PRONÓSTICO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA ATENDIDOS EN UNA UCE. . . . 193

P-464

PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS 193

P-465

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES ADULTOS CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO. 194

O-466

MORTALIDAD DE LOS PACIENTES ADULTOS QUE PRESENTAN INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO 194

P-467

ASPECTOS LEGALES EN LA ATENCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS 195

P-468

ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DE INGRESOS EN MEDICINA INTERNA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS 195

O-469

ESTRATEGIA MULTIMARCADOR EN LA CAPACIDAD PRONÓSTICA A CORTO PLAZO EN PACIENTES DADOS DE ALTA DIRECTAMENTE DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS POR UN EPISODIO DE INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA 196

P-470

MANEJO DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN/FLUTTER AURICULAR Y VALVULOPATÍA SIGNIFICATIVA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE ARAGÓN. ESTUDIO SARA IV. 196

O-471

PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA DE LA FIBRILACIÓN Y FLUTTER AURICULAR ATENDIDAS EN URGENCIAS 197

O-472

PROGRAMA DE RECONOCIMIENTO PRECOZ DE CARDIOPATÍAS SUSCEPTIBLES DE GENERAR MUERTE SÚBITA EN DEPORTISTAS JÓVENES. 197

O-473

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS COMORBILIDADES ASOCIADAS A LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA DE LOS PACIENTES QUE CONSULTAN EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS 198

O-474

PACIENTES CON EVOLUCIÓN TÓRPIDA INGRESADOS POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA EN UNA UNIDAD DE SEMICRÍTICOS 198

O-475

PERFIL CLÍNICO Y PRONÓSTICO A CORTO PLAZO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA Y ANEMIA 199

P-476

EL PACIENTE CON INFECCIÓN EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 200





ÍNDICE TEMÁTICO

O-477

ENFERMERÍA EN EL CENTRO COORDINADOR
DE URGENCIAS SANITARIAS DE CASTILLA Y LEÓN. **200**

O-478

¿HASTA QUÉ PUNTO ES ÚTIL EL NT-PROBNP? **201**

O-479

ESTUDIO COMPARATIVO EN FUNCIÓN
DE LA PRESENCIA DE LA INFECCIÓN COMO FACTOR
PRECIPITANTE DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR ICA
EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. **201**

O-480

FIBRILACIÓN AURICULAR COMO CAUSA DE
DESCOMPENSACIÓN DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA . . **202**

P-482

SIN BAJAR LA GUARDIA EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR . . **202**

P-483

CRONICIDAD: LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS DESDE
LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA
DE SUMMA 112 **203**

P-484

TAQUICARDIA INTRANODAL SECUNDARIA
A HIPOMAGNESEMIA EN PACIENTE ALCOHÓLICO **203**

O-485

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON CARDIOVERSIÓN
ELÉCTRICA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN Y FLUTTER
AURICULAR ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS
HOSPITALARIO. **204**

O-486

ESTUDIO PROSPECTIVO Y DESCRIPTIVO PRELIMINAR DE LOS
PACIENTES QUE DEBUTAN CON FIBRILACIÓN AURICULAR
EN URGENCIAS Y LA ADECUACIÓN DE NUESTRO SERVICIO
A LAS GUÍAS DE TRATAMIENTO RECONOCIDAS **204**

P-487

MANEJO DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN/FLUTTER
AURICULAR Y CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN LOS SERVICIOS
DE URGENCIAS DE ARAGÓN. ESTUDIO SARA IV. **205**

P-488

¿A DÓNDE VAS?: ANÁLISIS DEL DESTINO
AL INGRESO DE LOS PACIENTES QUE CONSULTARON
POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA EN NUESTRO
SERVICIO DE URGENCIAS **205**

O-489

LOS BIOMARCADORES COMO PREDICTORES DE INGRESO
HOSPITALARIO POR NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA
COMUNIDAD (NAC) EN UN HOSPITAL COMARCAL. **206**

P-490

CRONAS DE ACTUACIÓN EN LA ATENCIÓN
AL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN UN
HOSPITAL COMARCAL SIN SALA DE HEMODINÁMICA.
¿NOS AJUSTAMOS A LAS GUÍAS? **206**

O-491

CRONOPATOLOGÍA DEL INFARTO DE MIOCARDIO
Y MODULADORES CRONOBIOLOGICOS EN LA EFECTIVIDAD
DE LA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA. **207**

P-492

EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA
EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE BURGOS. **207**

P-493

INFECCIONES RESPIRATORIAS EN LA UNIDAD DE CORTA
ESTANCIA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE BURGOS **208**

O-494

ESTUDIO PILOTO SOBRE LA UTILIDAD DIAGNÓSTICA
DE LA PRUEBA APPY1 PARA DESCARTAR PATOLOGÍA
GASTROESOFÁGICA **208**



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

O-495

LA FRAGILIDAD SE ASOCIA A MORTALIDAD EN LOS ANCIANOS ATENDIDOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS 209

P-496

VERNAKALANT: A LAS PRUEBAS ME REMITO 209

O-497

TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS ESPAÑOLES: EVOLUCIÓN DESDE SU INSTAURACIÓN EN FASE AGUDA POR EL URGENCIÓLOGO HASTA EL TRATAMIENTO EXTENDIDO POR OTROS ESPECIALISTAS: ¿VARÍA CONSIDERABLEMENTE? 210

P-500

PRESENCIA DE ALTERACIONES EN LAS PRUEBAS DE IMÁGENES EN EL CÓLICO NEFRÍTICO: CORRESPONDENCIA CON EL CUESTIONARIO STONE ... 210

P-501

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ADMINISTRADO PARA LA CEFALEA PRIMARIA EN URGENCIAS. 211

O-502

ANÁLISIS DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR Y FIBROSIS EN URGENCIAS 211

O-503

MORTALIDAD AL AÑO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA Y TROPONINA POSITIVA. ESTUDIO TROPICA-2. 212

P-504

HEMATOMA ESPONTÁNEO EN EL RECTO ANTERIOR DEL ABDOMEN, ¿COMPLICACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS? 212

O-505

CÓDIGO INFARTO: ANÁLISIS DE TIEMPOS PARA LOS PACIENTES ATENDIDOS POR EL SAMU-ASTURIAS, EN LOS 5 AÑOS DE FUNCIONAMIENTO DEL CÓDIGO CORAZÓN EN ASTURIAS. 213

P-506

PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE SEMICRÍTICOS 213

O-507

PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE SEMICRÍTICOS 214

P-508

SEPSIS POR ESTREPTOCOCCO DEL GRUPO A, E. PYOGENES, EN ADULTOS. ESTUDIO RETROSPECTIVO 2005-2015 EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO, BILBAO 214

P-509

DOLOR TORÁCICO EN ADOLESCENTES. ¿SIEMPRE ES BANAL? 215

O-511

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR PATOLOGÍA VASCULAR AGUDA POR LOS EQUIPOS DE EMERGENCIAS EN ANDALUCÍA 215

O-512

PERSPECTIVA DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR PREHOSPITALARIA EN SAMUR. 216

O-513

PERFIL DE LA SEPSIS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREVIEJA DURANTE 2015. 216

P-514

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA PULMONAR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS 217





ÍNDICE TEMÁTICO

P-515

INTOXICACIONES MEDICAMENTOSAS VOLUNTARIAS EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS 217

P-516

CÓDIGO CORAZÓN EN ASTURIAS: CARACTERÍSTICAS DEL PROTOCOLO Y ANÁLISIS DE LOS CASOS ATENDIDOS POR EL SAMU-ASTURIAS EN 5 AÑOS DE FUNCIONAMIENTO DEL CÓDIGO INFARTO. 218

P-517

JUSTIFICACIÓN DE LA CREACIÓN DE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE URGENCIAS. TODO UN CHOLLO PARA LA GESTIÓN HOSPITALARIA 218

P-518

PREVALENCIA DE LA FIBRILACIÓN Y FLUTTER AURICULAR Y FACTORES ASOCIADOS EN LA POBLACIÓN GENERAL ATENDIDA EN URGENCIAS HOSPITALARIAS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN. ESTUDIO SARA III. 219

P-519

INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. . 219

P-520

TODO LO QUE SE ESCONDE DETRÁS DE UN TRIADO VERDE 220

P-521

PATOLOGÍA ASOCIADA A LOS PACIENTES CONSUMIDORES DE CANNABIS QUE ACUDEN A UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO 220

P-522

IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y RETRIAJE DE PACIENTES DE NIVELES II Y III EN EL ÁREA DE BOXES DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 221

P-523

ANÁLISIS DEL SEGUIMIENTO DE LOS ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS RECOMENDADOS ANTE LA SOSPECHA DE EMBOLISMO PULMONAR EN FUNCIÓN DE LA EDAD, DIFERENCIAS EN LA PRESENTACIÓN CLÍNICA E INCORPORACIÓN DEL D-DÍMERO CORREGIDO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. 221

P-524

VERNAKALANT, A PROPÓSITO DE UN CASO. 222

P-525

DIAGNÓSTICO ENFERMERO E INTERVENCIONES EN FUNCIÓN DE LA DEPENDENCIA DEL PACIENTE CON ICTUS AGUDO BASADO EN LA ESCALA CINCINATTI EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO 222

P-526

ANÁLISIS DEL DOLOR TORÁCICO Y SU RESOLUCIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. 223

P-527

INCORPORACIÓN DEL PROCESO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIA 223

P-528

¿TRATAMOS IGUAL A LOS HOMBRES QUE A LAS MUJERES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS?. 224

P-529

¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS, LA EVOLUCIÓN Y EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA QUE ACUDEN A NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS?. 224

P-530

EVALUANDO LA CONCORDANCIA ENTRE LA MAJOR TRAUMA REGISTRY OF NAVARRA (MTRN) E HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA (HCI) 225





ÍNDICE TEMÁTICO

P-531

VALORACIÓN DE LA ERGOMETRÍA EN URGENCIAS SEGÚN EL NUEVO PROTOCOLO DE DOLOR TORÁCICO SOSPECHOSO DE ETIOLOGÍA ISQUÉMICA 225

P-532

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CASOS DE SEPSIS ATENDIDOS EN LAS URGENCIAS DEL HOSPITAL COMARCAL DE OSUNA DURANTE EL PERIODO ENERO 2014-NOVIEMBRE 2015 226

P-533

DR. FÚTBOL: ¿DISMINUYE LA ASISTENCIA A URGENCIAS DURANTE LOS EVENTOS DEPORTIVOS IMPORTANTES? . . . 226

P-534

EFFECTIVIDAD DEL VERNAKALANT PARA LA CARDIOVERSIÓN FARMACOLÓGICA DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR DE MENOS DE 48 H EN URGENCIAS. 227

P-535

DIFERENCIAS DEL PERFIL DE PACIENTES INGRESADOS POR ICA EN UCE FRENTE A MEDICINA INTERNA Y GERIATRÍA 227

P-536

VNI-EAHFE. PRESENTACIÓN DE 628 CASOS DE VENTILACIÓN NO INVASIVA EN INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA. . . . 228

P-537

ROTACIÓN CLÍNICA DEL FARMACÉUTICO POR EL SERVICIO DE URGENCIAS 228

P-539

CARACTERÍSTICAS DE LOS RESCATES DE MONTAÑA REALIZADOS POR EL GRUPO DE EMERGENCIAS MÉDICAS EN CATALUÑA 229

P-540

DROGAS RECREATIVAS Y RELACIONES SEXUALES DESPROTEGIDAS EN PERSONAS INFECTADAS POR VIH . . . 229

P-541

UTILIDAD DE TROPONINAS EN URGENCIAS 230

P-542

CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DIGITALIZADAS REALIZADAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS 230

P-543

ANÁLISIS DE LOS RETORNOS EN MENOS DE 72 HORAS EN UN ÁREA DE URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS 231

P-544

DIFERENCIAS POR GENERO Y EDAD EN LA SATISFACCIÓN PERCIBIDA CON LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POR LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. . 231

P-545

LO QUE LAS DROGAS ESCONDEN 232

P-546

FRECUENCIA DE USO DE BETABLOQUEANTES O CALCIOANTAGONISTAS EN FIBRILACIÓN AURICULAR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO 232

P-547

EL PROBNP EN URGENCIAS, ¿AYUDA DIAGNÓSTICA O GASTO PRESCINDIBLE? 233

P-548

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN URGENCIAS: MOTIVO DE CONSULTA Y HALLAZGOS EN LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS 233

P-549

PRIMER ESTUDIO EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS SOBRE LA UTILIDAD DE LOXAPINA INHALADA 234

P-550

EDEMA AGUDO DE PULMÓN EN URGENCIAS. ESTUDIO DESCRIPTIVO 234

P-552

EVOLUCIÓN DE LA PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA ARTERIAL EN PACIENTES CON FA ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO TERCIARIO. LÍNEAS DE MEJORA 235



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-554

¿POR QUÉ RECLAMAN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS? 235

P-555

OLAS DE CALOR: FACTORES ASOCIADOS A LOS INGRESOS HOSPITALARIOS POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS 236

P-556

TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y URGENCIAS 236

P-557

DISNEA AGUDA Y SHOCK CARDIOGÉNICO. MEJOR CON ECOGRAFÍA 237

P-558

ESTUDIO COMPARATIVO DEL PERFIL DE PACIENTES CON ICA DERIVADOS A HOSPITALES DE APOYO FRENTE A LOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE REFERENCIA . . . 237

P-559

ADECUACIÓN DEL USO DE ESCALAS DE RIESGO AL INGRESO EN PACIENTES CON SÍNCOPE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS 238

P-560

¿SE SIGUEN UTILIZANDO LOS ANTIAGREGANTES PARA LA PREVENCIÓN DE LOS EVENTOS CARDIOEMBÓLICOS EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR 238

P-561

HOSPITAL DE REFERENCIA SIN UNIDAD DE ICTUS. EVOLUCIÓN DEL CÓDIGO ICTUS EN LA PROVINCIA DE CÓRDOBA DESDE LA IMPLANTACIÓN DEL PLAN INTEGRAL DE ICTUS EN ANDALUCÍA 2011-2014 239

P-562

PATRÓN DE USO DE ANTIARRÍTMICOS EN LA FABRICACIÓN/ FLUTTER AURICULAR EN FASE AGUDA Y AL ALTA DE URGENCIAS 239

P-563

CONOCIMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR POR LOS PACIENTES QUE LA PADECEN ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS 240

P-567

DIAGNÓSTICO CRÍTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: DISECCIÓN COMPLETA DESDE LA AORTA ASCENDENTE (TIPO A DE STANFORD) HASTA LA AORTA ABDOMINAL INFRARRENAL 240

P-569

AORTITIS INFECCIOSA POR *ESCHERICHIA COLI* 241

P-571

SERIE DE CASOS DE MIOPERICARDITIS EN PACIENTES ADOLESCENTES EN UN HOSPITAL COMARCAL 241

P-572

TIEMPOS DE DERIVACIÓN A ICP (INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA) DE LOS PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST EN UN HOSPITAL COMARCAL SIN SALA DE HEMODINÁMICA 242

P-573

EFFECTO DE UNA POLÍTICA DE TRASLADADOS DESDE URGENCIAS EN EL NÚMERO DE PACIENTES PENDIENTES DE CAMA INGRESO 242

P-574

GASTO DERIVADO DE LA ATENCIÓN A CONSUMIDORES DE CANNABIS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO 243

P-575

DETECCIÓN DE MALARIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: UN RETO DIAGNÓSTICO 243

P-578

LAS MÚLTIPLES CARAS DE LA DISECCIÓN AÓRTICA 244





ÍNDICE TEMÁTICO

P-579

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS POR UNA URGENCIA MEDICO-QUIRÚRGICA POTENCIALMENTE GRAVE. UTILIDAD DE LA IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES CRÓNICOS EN SITUACIÓN DE COMPLEJIDAD. 244

P-580

LA CARA OCULTA DE UN INFARTO 245

P-583

DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS.
¿CAMBIA LA TIPOLOGÍA 18 AÑOS DESPUÉS? 245

P-585

SATURACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y REPERCUSIÓN BIBLIOGRÁFICA EN PUBMED 246

P-586

INTOXICACIÓN POR CHOCHOS 246

P-590

ECOGRAFÍA EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO 247

P-594

DOLOR TORÁCICO DE EVOLUCIÓN FATAL CON ERGOMETRÍA PREVIA NEGATIVA 247

P-596

USO DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP) EN PACIENTES ANTICOAGULADOS QUE SUFREN UNA HEMORRAGIA DIGESTIVA. 248

P-599

TAQUICARDIA PAROXÍSTICA SUPRAVENTRICULAR EN PACIENTE PEDIÁTRICA. 248

P-605

INSUFICIENCIA RENAL INOCENTE 249

P-613

VARIABILIDAD DE LA FUNCIÓN COGNITIVA DEPENDIENDO DEL HOSPITAL AL QUE SE LLEVA UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA 249

P-614

ESTA CRISIS ME AFECTA A LA FUNCIÓN RENAL. 250

P-616

SÍNTOMAS DE IC EN PACIENTE CON ALTERACIÓN ENZIMÁTICA Y ELECTROCARDIOGRÁFICA DE ISQUEMIA MIOCÁRDICA 250

P-619

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UN CÓDIGO INFARTO EXTRAHOSPITALARIO EN EL ÁREA SANITARIA DE OSUNA. . 251

P-623

¿QUÉ DEBE CONOCER EL MÉDICO DE URGENCIAS SOBRE LOS NUEVOS MARCAPASOS SIN CABLES? 251

P-624

APENDAGITIS EPILOICA: UNA CAUSA INUSUAL DE ABDOMEN AGUDO 252

P-638

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON VMNI . 252

P-649

PARTICIPACIÓN DEL URGENCIÓLOGO EN UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE ATENCIÓN A LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA 253

P-654

LA ENFERMERÍA ANTE LA PREPARACIÓN, INFUSIÓN, CONTRAINDICACIONES, REACCIONES ADVERSAS Y VIGILANCIA DEL VERNAKALANT 253

P-670

COMPLICACIÓN MECÁNICA DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO Y PRESENTACIÓN ATÍPICA. 254



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-673

SÍNDROME CORONARIO AGUDO DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO 254

P-681

VENGO A QUE ME PONGAN UNA INYECCIÓN..... 255

P-684

LA IMPORTANCIA DE LA UTILIZACIÓN DE EQUIPOS A PIE PARA EVENTOS MULTITUDINARIOS..... 255

P-686

TAQUICARDIA QRS ANCHO EN URGENCIA. RETO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO 256

P-689

ECOGRAFÍA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS Y SU APLICACIONES EN EL PACIENTE CRÍTICO 256

P-692

ESTUDIO DEL PERFIL DE PACIENTES INGRESADOS POR INTOXICACIÓN POR LITIO EN UN HOSPITAL COMARCAL..... 257

P-699

DIAGNÓSTICO DE UNA LESIÓN CONGÉNITA ASINTOMÁTICA GRACIAS A UN EPISODIO DE CEFALEA AGUDA..... 258

P-723

CERVICODORSALGIA VS CARDIOPATÍA ISQUÉMICA..... 258

P-752

COLELITIASIS EN LA INFANCIA 259

P-763

MOTIVO DE CONSULTA: DIFERENCIA TENSIONAL ENTRE AMBOS BRAZOS EN PACIENTE ASINTOMÁTICA. LA CONSULTA BÁSICA HOSPITALARIA TAMBIÉN PUEDE SER INTERESANTE 259

A-789

OPTIMIZACIÓN DE LA DETECCIÓN Y EL MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN URGENCIAS 260

A-793

ABDOMEN AGUDO: EMBARAZO ECTÓPICO Y **SHOCK** HEMORRÁGICO..... 260

A-801

SÓLO ME ENCUENTRO CANSADO ÚLTIMAMENTE 261

A-802

ANÁLISIS DE ACCIDENTES DEPORTIVOS ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EN 2015..... 261

A-842

PROPUESTA DE UNA GUÍA RÁPIDA EN INTERPRETACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA PARA ENFERMERÍA DE URGENCIAS 262

A-843

CUIDADO CON EL INFARTO QUE CHOCA 262

A-851

TRANSFUSIÓN DE SANGRE **IN SITU** POR UN EQUIPO DE EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA..... 263

A-863

DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS: MÁS ALLÁ DE LOS DIAGNÓSTICOS HABITUALES 263

A-872

APLICACIÓN DE RCP PARA DISPOSITIVOS MÓVILES 264



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II; (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

O-874

VALOR PRONÓSTICO DE PRO-ADRENOMEDULINA EN NEUMONÍA ATENDIDA EN URGENCIAS 266

O-875

ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC) EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS ESPAÑOLES: DEBEMOS MEJORAR AMPLIAMENTE, POR CALIDAD, SEGURIDAD Y EFICIENCIA 266

O-876

ESTUDIO PROSPECTIVO DEL PERFIL DE SEGURIDAD, RIESGO DE SANGRADO MAYOR Y REINGRESOS A TREINTA DÍAS DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS POR FIBRILACIÓN AURICULAR. 267

O-877

PREVALENCIAS DE LAS INFECCIONES URINARIAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. 267

O-878

LA IMPLANTACIÓN DE UN CÓDIGO SEPSIS EN URGENCIAS REDUCE LA MORTALIDAD 268

O-879

PREVALENCIA Y PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON CÁNCER OCULTO QUE SON DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS ESPAÑOLES 268

P-880

COMPARACIÓN DE LA POTENCIA DIAGNÓSTICA DE UN TEST CUANTITATIVO INMUNOTURBIDIMÉTRICO DE DÍMERO D ENTRE UN PUNTO DE CORTE CALCULADO Y EL DÍMERO D AJUSTADO A LA EDAD EN PACIENTES DE 50 AÑOS O MÁS EN EL DIAGNÓSTICO DEL TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN 269

O-881

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA POBLACIÓN CON PATOLOGÍA INFECCIOSA **VS** LA POBLACIÓN SIN PATOLOGÍA INFECCIOSA QUE INGRESA EN UNA UNIDAD DE ESTANCIA CORTA. ANÁLISIS BIVARIADO 269

O-882

RENDIMIENTO DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS PARA INFECCIÓN DE ORINA EN URGENCIAS 270

O-883

ALTA SOSPECHA DE SEPSIS EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS 270

P-884

MORTALIDAD POR FOCO INFECCIOSO EN LOS PACIENTES QUE ACTIVAN UN CÓDIGO DE ACTIVACIÓN DE SEPSIS EN UN SERVICIO DE URGENCIA HOSPITALARIO 271

P-885

OPTIMIZACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES SEGÚN EDAD Y GRAVEDAD 271

O-886

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS ESPAÑOLES: CLASIFICACIÓN PRONÓSTICA, IMPLICACIONES ASISTENCIALES Y REALIDAD EN EL MANEJO 272

O-887

LO HACES MUY MAL Y LO SABES (JULIO IGLESIAS DIXIT) . . 272

O-888

HEMOCULTIVOS POSITIVOS CON POSTERIORIDAD AL ALTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS 273

P-889

TRATAMIENTO EN URGENCIAS EN PACIENTE EPOC AGUDIZADO SEGÚN CRITERIOS DE GRAVEDAD 273



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

O-890

FACTORES DE RIESGO Y COMORBILIDADES IDENTIFICADOS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS ESPAÑOLES: ¿DIFIEREN DE LO TRADICIONALMENTE DESCRITO? 274

P-891

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS ESPAÑOLES: IMPACTO ASISTENCIAL, FORMA CLÍNICA E IMPLICACIONES ASISTENCIALES. 274

O-892

FACTORES PREDICTIVOS INDEPENDIENTES ASOCIADOS AL INGRESO POR PATOLOGÍA INFECCIOSA EN UNA UNIDAD DE ESTANCIA CORTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS. ESTUDIO MULTIVARIADO 275

O-893

MANEJO ANTIBIÓTICO AL ALTA EN URGENCIAS EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS AEPOC DE CAUSA INFECCIOSA. 275

P-894

¿QUIÉN FALLECE MÁS, LOS HOMBRES O LAS MUJERES CUANDO LLEGAN A NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS Y LOS DIAGNOSTICAMOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA? 276

P-895

TRATAMIENTO BRONCODILATADOR EN URGENCIAS FRENTE A TRATAMIENTO DE BASE EN PACIENTE CON EPOC 276

O-896

CAPACIDAD PRONÓSTICA DE LA ASOCIACIÓN ENTRE ÍNDICE DE BARTHEL Y PNEUMONIA SEVERITY INDEX EN LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD. 277

O-897

COPROCULTIVOS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS. ¿HAY MARGEN DE MEJORA? 277

O-898

PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS SOBRE LA TÉCNICA DE EXTRACCIÓN DE HEMOCULTIVOS 278

P-899

VALIDEZ Y SEGURIDAD DE LA PRUEBA DE DETERMINACIÓN CUANTITATIVA DEL DÍMERO D CON MÉTODO INMUNOTURBIDIMÉTRICO EN EL DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL Y PUNTO DE CORTE VÁLIDO Y SEGURO PARA LA PRUEBA 279

P-900

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI POR SEPSIS SEGÚN SU PRIMER CONTACTO CON EL SISTEMA SANITARIO 279

O-901

ADHESIÓN A UN CÓDIGO SEPSIS EN URGENCIAS. 280

P-903

ANTIBIOTERAPIA UTILIZADA EN PACIENTES QUE ACTIVARON UN CÓDIGO SEPSIS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO 280

O-904

REALIZACIÓN DE GASOMETRÍAS EN PACIENTES ATENDIDOS POR REAGUDIZACIÓN DE EPOC EN URGENCIAS 281

O-905

MANEJO ANTIBIÓTICO AL ALTA DE URGENCIAS EN PACIENTES CON AGUDIZACIÓN DE LA EPOC SEGÚN GRAVEDAD 281

O-906

TRIAJE SEGÚN EDAD Y HOSPITALIZACIÓN EN URGENCIAS EN PACIENTES CON AGUDIZACIÓN DE LA EPOC 282

P-907

VACUNACIÓN, O2 DOMICILIARIO Y TRATAMIENTO BRONCODILATADOR SEGÚN LA EDAD EN PACIENTES CON EPOC 282



ÍNDICE TEMÁTICO

P-908

SEGÚN DISFUNCIÓN CARDIACA, QUÉ GRUPO TIENE MAYOR MORTALIDAD DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA 283

P-909

PATRONES DE RESISTENCIA BACTERIANA EN LAS INFECCIONES URINARIAS 283

O-910

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA URGENTE EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO 284

P-911

¿ES LA PATOLOGÍA INFECCIOSA LA CAUSA MÁS FRECUENTE DE CONSULTA Y MORTALIDAD DEL PACIENTE INFECTADO POR EL VIH EN UN SERVICIO DE URGENCIAS? 284

O-912

ADECUACIÓN DE LAS GASOMETRÍAS ARTERIALES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS 285

O-913

ESTUDIO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL EN UGC URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL 285

O-914

SEPSIS, UCI Y CHECKLIST EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS 286

P-915

CARACTERÍSTICAS, EVOLUCIÓN TEMPORAL Y RELACIÓN CLIMÁTICA DE LAS PIELONEFRITIS AGUDAS EN UN ÁREA DE SALUD 286

P-916

INFECCIÓN ACTIVA POR CITOMEGALOVIRUS EN EL PACIENTE VIH QUE CONSULTA A UN SERVICIO DE URGENCIAS. IMPORTANCIA DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA 287

P-917

ARBOVIROSIS 2014-2016. IRRUPCIÓN DEL VIRUS ZIKA . . . 288

P-918

TERAPIA DE ALTO FLUJO CON CÁNULAS NAALES Y HUMIDIFICACIÓN ACTIVA EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, ALGO MÁS QUE UNA SEGUNDA OPCIÓN TERAPÉUTICA. A PROPÓSITO DE 40 CASOS 288

P-919

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES A LOS QUE SE LES SOLICITA SEROLOGÍA DE DENGUE, CHIKUNGUNYA Y ZIKA EN UN ÁREA DE SALUD. PAPEL DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS 289

P-921

ANÁLISIS DE LA PATOLOGÍA INFECCIOSA EN UNA SALA DE ESTANCIA CORTA (UEC) DE UN SERVICIO DE URGENCIAS. ESTUDIO DESCRIPTIVO. 289

P-922

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO SOSPECHADO DESDE URGENCIAS Y ESTUDIADO CON ANGIOTC DE ARTERIAS PULMONARES URGENTE Y DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS. 290

P-923

PERFIL DE PACIENTES A LOS QUE SE LES SOLICITA DÍMERO D EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO 290

P-924

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES EN SHOCK SECUNDARIO A TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN URGENCIAS. 291

P-925

SOLICITAMOS ADECUADAMENTE LOS CULTIVOS EN URGENCIAS. 291

P-926

IMPACTO DE LA TUBERCULOSIS EN UN PROFESIONAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS 292



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-927

PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE BACTERIEMIA EN PACIENTES DADOS DE ALTA DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE GRUPO 2 292

P-928

¿ES NECESARIO UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS RESPECTO A LA RESOLUCIÓN DE LOS NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEOS PRIMARIOS? 293

P-929

¿PRESENTAN LA MISMA UTILIDAD EN ESCALAS PRONÓSTICAS LA TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA, MEDIA O DIASTÓLICA EN LA SEPSIS? 293

P-930

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES INGRESADOS CON GRIPE EN UN HOSPITAL SECUNDARIO DE LA COMUNIDAD DE MADRID DURANTE LA TEMPORADA ESTACIONAL 2014-2015 294

P-931

ANÁLISIS DE MODELOS PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD EN PACIENTES SÉPTICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS . . . 294

P-932

SEPSIS: IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL AMPLIO EN URGENCIAS EN PACIENTE CON INMUNOSUPRESIÓN GRAVE 295

P-933

ANÁLISIS DEL RENDIMIENTO DE LOS CULTIVOS REALIZADOS A LOS PACIENTES QUE ACTIVAN CÓDIGO SEPSIS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO 295

P-934

DIAGNÓSTICO TARDÍO DE UN SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS 296

P-935

OPTIMIZACIÓN DE LA ECOGRAFÍA DE URGENCIAS EN LA TVP 296

P-936

EL TRATAMIENTO BASAL Y LOS INGRESOS PREVIOS COMO PREDICTOR DE REVISITAS Y REINGRESOS EN LA EXACERBACIÓN DE EPOC 297

P-937

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN URGENCIAS: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y PERFIL DE RIESGO . . 297

P-938

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PRESENTACIÓN E IMPLICACIONES DE LA SOSPECHA DE TUBERCULOSIS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 298

P-939

LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS. TEP DEBUTANTE CON DOLOR ABDOMINAL 298

P-945

ETEV EN URGENCIAS. REGISTRO DE ACTIVIDAD. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS 299

P-947

APLICACIÓN DE UNA ESCALA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE LA COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA ASOCIADA A SEPSIS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA 299

P-948

¡MALDITO MOSQUITO! 300

P-953

VALIDEZ Y SEGURIDAD DE UN TEST CUANTITATIVO DE Dímero D AJUSTADO A EDAD EN PACIENTES DE 50 AÑOS O MÁS EN EL DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR 300

P-960

UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE HEMATURIA 301

P-961

DESENLACE DEL DETERIORO COGNITIVO 301





ÍNDICE TEMÁTICO

P-967

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MANEJO DIAGNÓSTICO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS ESPAÑOLES: ¿PODRÍAMOS LOS URGENCIÓLOGOS SER MÁS AUTÓNOMOS? 302

P-975

COINFECCIÓN POR DIFERENTES ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN VARÓN JOVEN. 302

P-980

PREVECOD: APLICACIÓN INFORMÁTICA PARA LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE EVENTOS ADVERSOS A CORTO PLAZO DE PACIENTES CON EEPOC. 303

P-988

LA DIARREA NO ME DEJA DESDE HACE CUATRO DÍAS. 304

P-989

PNEUMONITIS INTERSTICIAL AGUDA POR CERTOLIZUMAB (ANTI-TNF). POSIBLE DESENCADENANTE 304

P-990

NO TODAS LAS LUMBALGIAS SON MECÁNICAS 305

P-1000

MORTALIDAD POR SEPSIS EN URGENCIAS HOSPITALARIAS 305

P-1007

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UN CÓDIGO SEPSIS EXTRAHOSPITALARIO EN EL ÁREA SANITARIA DE OSUNA 306

P-1008

FLEGMASÍA CERÚLEA DOLENS. UNA COMPLICACIÓN GRAVE DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA 306

P-1016

MIOCARDITIS POR GRIPE A. 307

P-1017

NEUMONÍA ATÍPICA EN PACIENTE DE 23 AÑOS. 307

P-1036

DOLOR TORÁCICO ATÍPICO 308

P-1101

¿QUÉ FUÉ DE LA GRIPE A? ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA GRIPE A 308

A-1145

DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS, TRAS ESTUDIO DE LESIÓN CUTÁNEA. 309

A-1183

UN PACIENTE CON GRIPE Y UN GRAN CORAZÓN. 309

A-1184

VÉRTIGO O ¿ICTUS? 310

A-1190

¿SERÁ UNA GRIPE? 310

A-1196

DOLOR LUMBAR EN ANCIANA: ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA EN MMII TRAUMÁTICO **VS.** ISQUÉMICO 311



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III; (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

O-1211

N2O/O2 50/50 EN EL CÓLICO NEFRÍTICO EN URGENCIAS. ¿INFLUYE EN EL TRATAMIENTO Y MANEJO?313

O-1212

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL ICTUS ISQUÉMICO NO LISADO: PERFIL, HETEROGENEIDAD GEOGRÁFICA E INGRESO URGENTE313

P-1213

MANEJO ANTIBIÓTICO EN URGENCIAS EN EL ENFERMO CON AGUDIZACIÓN DE LA EPOC SEGÚN CRITERIOS DE ANTHONISEN314

O-1214

ENSAYO CLÍNICO PARA LA EVALUACIÓN DEL USO DE UNA MEZCLA DE N2O/O2 50/50 EN EL TRATAMIENTO DEL CÓLICO NEFRÍTICO EN URGENCIAS314

P-1215

INGRESO HOSPITALARIO DE ENFERMOS CON AGUDIZACIÓN DE LA EPOC EN URGENCIAS SEGÚN CRITERIOS DE GRAVEDAD315

O-1216

GLUCEMIA INICIAL EN URGENCIAS Y MORTALIDAD DURANTE EL INGRESO. ¿ESTÁN RELACIONADAS?315

P-1218

¿SE RETRASA LA NEUROFIBRINOLISIS TRAS EL TAC EN LOS PACIENTES CON CÓDIGO ICTUS?316

P-1219

MANEJO DEL ESTATUS EPILÉPTICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO.316

P-1220

¿HEMOS MEJORADO LOS TIEMPOS PUERTA-TAC EN PACIENTES CON CÓDIGO ICTUS?317

P-1221

INFARTO RENAL BILATERAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS: A PROPÓSITO DE UN CASO317

P-1222

ANÁLISIS DE PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA QUE INGRESAN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. DATOS CLÍNICOS DE INTERÉS PARA EL MÉDICO DE URGENCIAS.318

P-1240

PACIENTE ICEBERG318

P-1241

SEUDOQUISTE PÉLVICO COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO EN UNA MUJER JOVEN319

P-1247

HEMATOLOGÍA EN EL ABDOMEN.319

A-1275

CONVULSIÓN Y ATAXIA EN ALCOHÓLICO320

A-1283

¿CONSIGNAMOS EN LA HISTORIA CLÍNICA TODOS LOS DATOS RELEVANTES EN PACIENTES CON ICTUS?320

P-1290

PSICOFÁRMACOS COMO CAUSA DE SÍNDROME DE SECRECIÓN INADECUADA DE HORMONA ANTIDIURÉTICA EN URGENCIAS HOSPITALARIAS.321

P-1291

INCIDENCIA DE HEMORRAGIAS CEREBRALES EN NUESTRO SERVICIO.321





ÍNDICE TEMÁTICO

P-1292

ESTUDIO DE MORTALIDAD EN URGENCIAS HOSPITALARIAS . . .322

O-1293

ATENCIÓN EN URGENCIAS DEL ICTUS EN FASE AGUDA:
ANÁLISIS DE LOS PACIENTES TROMBOLIZADOS322

O-1294

VALORACIÓN DEL PAPEL DE LAS ALTERACIONES
DEL METABOLISMO HIDROCARBONADO EN PACIENTES
DE UCE ATENDIDOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA323

P-1295

CONTROL DEL DOLOR AGUDO DESDE URGENCIAS:
USO DE BOMBAS ELASTÓMERAS323

O-1296

RENTABILIDAD DE LA PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA
FINA EN EL DIAGNÓSTICO DE ADENOPATÍAS324

O-1298

SIGNOS DE ALARMA EN LA DETECCIÓN DE CEFALEA GRAVE
EN URGENCIAS324

P-1299

ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO ICTUS. ¿Y DESPUÉS?325

P-1301

AMILASA Y LIPASA EN EL DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS EN
URGENCIAS325

O-1302

EVALUACIÓN DEL CONTROL Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES
EN URGENCIAS326

P-1303

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ICTUS
ATENDIDOS EN URGENCIAS326

P-1304

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES
DIAGNOSTICADOS EN URGENCIAS DE DOLOR
ABDOMINAL INESPECÍFICO327

O-1306

EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD DEL SISTEMA DE TRIAJE
DE MANCHESTER PARA DETECTAR CEFALÉAS DE ALTO RIESGO
EN URGENCIAS327

P-1307

ERRORES DIAGNÓSTICOS FRECUENTES EN LA EVALUACIÓN
DE LA CEFALÉA TENSIONAL328

P-1308

EL PODER DEL MOSQUITO328

P-1309

HEMORRAGIAS POR NUEVOS ANTICOAGULANTES
EN URGENCIAS329

O-1310

ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS ANCIANOS ATENDIDOS
POR CAÍDA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS
EN FUNCIÓN DEL RIESGO DE CAERSE329

O-1311

CONSECUENCIAS FÍSICAS Y FUNCIONALES DE LAS CAÍDAS
EN LOS ANCIANOS ATENDIDOS POR UNA CAÍDA
EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS330

P-1312

TRIAJE MANCHESTER Y SÍNCOPE:
¿DISCRIMINAMOS ADECUADAMENTE?330

O-1313

CEFALÉAS CON NOCTURNIDAD331

P-1314

VALORACIÓN DE LA ACTIVACIÓN DE CÓDIGO ICTUS
Y LA FIBRINÓLISIS EN URGENCIAS331





ÍNDICE TEMÁTICO

O-1315

FALLO DIAGNÓSTICO EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA: INCIDENCIA, CAUSAS E IMPACTO SOBRE LA MORTALIDAD 332

P-1316

AJUSTE DEL TRATAMIENTO AL ALTA COMO DETERMINANTE PRONÓSTICO EN PACIENTES DIABÉTICOS CON HIPOGLUCEMIA GRAVE 332

P-1317

RABDOMIOLISIS POR EJERCICIO 333

P-1319

TELEMEDICINA ENTRE MÉDICOS DE UN HOSPITAL TERCIARIO Y UNA RESIDENCIA PÚBLICA 333

P-1320

ESTUDIO SOBRE EL ABORDAJE EN URGENCIAS DEL PACIENTE ADULTO CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO 334

P-1321

¿CÓMO TRATAMOS A NUESTROS DIABÉTICOS ANTE UN EVENTO CARDIOVASCULAR? 334

P-1322

ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA COMO CAUSA DE IMPACTACIÓN ALIMENTARIA 335

P-1323

USO DE LACOSAMIDA IV EN DOLOR NEUROPÁTICO EN URGENCIAS HOSPITALARIAS 335

P-1324

MANEJO DEL CÓLICO NEFRÍTICO EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS 336

P-1325

VALOR PREDICTIVO DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO EN PACIENTES CON SÍNCOPE DESDE UN SERVICIO DE URGENCIAS 336

P-1327

APENDAGITIS EPILOICA 337

P-1328

OTRA HIPONATREMIA MÁS, ¿QUÉ HACEMOS? 337

P-1331

COMPARACIÓN DE ICTUS EN URGENCIAS CON OTRO HOSPITAL DEL MISMO NIVEL 338

P-1332

HIDRONEFROSIS BILATERAL DE CAUSA EXTRÍNSECA SECUNDARIA A FECALOMA OBSTRUCTIVO 338

P-1333

ANÁLISIS DEL MANEJO DEL PACIENTE CON HIPERGLUCEMIA SIMPLE EN URGENCIAS. ESTUDIO DESCRIPTIVO 339

P-1334

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MANEJO DE LOS PACIENTES CON ANEMIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL GENERAL 339

P-1335

CIÁTICAS, EL PAPEL DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS EN UN PROCESO MULTIDISCIPLINAR 340

P-1337

OPTIMIZAR LA TRANSFERENCIA HOSPITALARIA ANTE UN CÓDIGO ICTUS. TÉCNICA ISOBAR 340

P-1339

CEFALEAS CON INDICACIÓN DE TC CRANEAL EN URGENCIAS DE HOSPITAL SIN GUARDIA DE NEUROLOGÍA 341

P-1340

ANÁLISIS DE PACIENTES QUE CONSULTAN POR DIPLOPIA EN URGENCIAS DE NUESTRO HOSPITAL 341





ÍNDICE TEMÁTICO

P-1341

EFFECTIVIDAD DE LOXAPINA INHALADA EN UN EQUIPO DE SOPORTE VITAL AVANZADO EXTRAHOSPITALARIO 342

P-1345

HEMIPLEJÍA TRANSITORIA POR COCAÍNA 342

P-1349

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS HEMORRAGIAS CEREBRALES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DURANTE 2014. 343

P-1350

LA HIPERGLUCEMIA COMO FACTOR DE MALA EVOLUCIÓN EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA DESCOMPENSADA 343

P-1351

ANÁLISIS DE INDICADORES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN AL ICTUS CEREBRAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y URGENCIAS 344

P-1352

AGITACIÓN PSICOMOTRIZ Y ENCEFALOPATÍA EN UN PACIENTE JOVEN. 344

P-1353

ANÁLISIS DE LA HIPOGLUCEMIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. 346

P-1356

EMPIEMA SUBDURAL SECUNDARIO A SINUSITIS FRONTAL . . . 345

P-1365

APENDAGITIS EPILOICA COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO NO QUIRÚRGICO. 346

P-1369

PARÁLISIS PERIÓDICA HIPOPOTASÉMICA EN CULTURISTA . . 346

P-1377

DIFERENCIAS ENTRE EL ABORDAJE DEL PACIENTE DIABÉTICO Y NO DIABÉTICO EN EL ICTUS AGUDO 347

P-1385

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN EL PACIENTE ANCIANO: COMA MIXEDEMATOSO 347

P-1386

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN EL PACIENTE JOVEN 348

P-1387

ATENCIÓN, ¡CÓDIGO ICTUS!. 348

P-1392

COREA VASCULAR 349

P-1394

DOCTORA, NO AGUANTO MÁS ESTA DESCOMPOSICIÓN. 349

P-1417

¿Y ESE EDEMA DE CUELLO? 350

P-1423

UNA EVOLUCIÓN ATÍPICA DE UNA PATOLOGÍA FRECUENTE 350

P-1427

ESTREÑIMIENTO PERTINAZ. 351

P-1430

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UN CÓDIGO ICTUS EXTRAHOSPITALARIO EN EL ÁREA SANITARIA DE OSUNA. . 351

P-1454

DOBLE SUPRESIÓN 352





ÍNDICE TEMÁTICO

P-1493

RABDOMIOLISIS COMO DEBUT DE HIPOTIROIDISMO. 352

A-1545

LA TERCERA CAUSA MÁS FRECUENTE DE MENINGITIS
EN ADULTOS MENINGITIS POR LISTERIA 353

A-1552

ESCUCHAR Y OBSERVAR AL PACIENTE, CLAVES PARA
EL DIAGNÓSTICO 353

CAPÍTULO 11. URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

P-1635

INTOXICACIONES AGUDAS ATENDIDAS EN UN SERVICIO DE
URGENCIAS HOSPITALARIO DE TERCER NIVEL 357

P-1636

INTOXICACIONES AGUDAS POR PRODUCTOS QUÍMICOS: 15
AÑOS DEL SISTEMA ESPAÑOL DE TOXICOVIGILANCIA . . . 357

P-1637

ATENCIÓN PREHOSPITALARIA AL PACIENTE INTOXICADO EN
CATALUNYA. 358

P-1639

ESTUDIO DE LAS INTOXICACIONES ATENDIDAS
POR LA UNIDAD DE SOPORTE VITAL AVANZADO
EN TERRASSA EN EL AÑO 2015. 358

A-1567

RECONOCIMIENTO Y ACTUACIÓN ANTE SOSPECHA
DE DISECCIÓN AÓRTICA: REPORTE DE UN CASO 354

A-1569

EL ABRAZO DEL DIABLO (ENFERMEDAD DE BORNHOLM) . . 354

A-1584

UN SÍNTOMA COMÚN: A PROPÓSITO DE UN CASO 355

A-1592

PLEXOPATÍA POR HERPES ZÓSTER 355

P-1640

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL
EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES INTOXICADOS
EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. 359

O-1642

DROGAS DE ABUSO. NUEVAS INCORPORACIONES
AL MENÚ DE SUSTANCIAS 359

P-1643

INGESTIÓN DE CUERPOS METÁLICOS EN ADULTOS 360

P-1645

DISTRIBUCIÓN TEMPORAL DE LAS INTOXICACIONES SEGUN EL
TIPO DE TÓXICO 360

O-1646

INTOXICACIÓN ETÍLICA EN UNA GRAN CIUDAD.
VISIÓN DESDE LA EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA . . . 361



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-1647

TRANSPORTE EN VEHÍCULOS DE EMERGENCIAS SANITARIAS DE LAS INTOXICACIONES EN LA INFANCIA 361

O-1648

TENTATIVA AUTOLÍTICA POR FÁRMACOS. RASGOS DIFERENCIALES 362

P-1649

INTOXICACIONES AGUDAS EN EL ÁREA VI DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD Y SUS DIFERENCIAS CON OTROS ESTUDIOS..... 362

P-1650

ANÁLISIS DE LAS INTOXICACIONES AGUDAS MEDICAMENTOSAS ATENDIDAS EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL. 363

P-1651

INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 363

P-1652

REVISIÓN SOBRE LA EVOLUCIÓN DEL LAVADO GÁSTRICO 364

P-1654

SONDAJE OROGÁSTRICO EN PACIENTES QUE PRESENTAN INTOXICACIONES AGUDAS..... 364

P-1656

ASISTENCIA A PACIENTES INTOXICADOS EN DOS HOSPITALES DE GIRONA. 365

P-1657

EXPOSICIÓN A GAS TÓXICO KRIPTON 85 365

P-1667

NO ME MUERDAS... 366

P-1674

COFFEE. 366

P-1676

LA DIVERSIDAD CULTURAL Y SU PATOLOGÍA: URGENCIAS COMO PUERTA DE ENTRADA 367

P-1684

FACTORES DETERMINANTES EN LA ACTUALIDAD ANTE LA INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO 367

P-1689

ESTUDIO DE LAS DIFERENCIAS DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ADOLESCENTES ENTRE LOS DÍAS FESTIVOS Y LOS LABORABLES Y SU REPERCUSIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIA 368

A-1704

ANÁLISIS DE LOS INTENTOS DE AUTOLISIS EN UN HOSPITAL PERIFÉRICO 368

A-1707

INTOXICACIÓN ACCIDENTAL POR ADELFA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. 369

A-1710

MÁS LIMPIA QUE UN JASPE 369

A-1716

DOCTORA, DESDE AHORA SERÉ VEGANA 370

A-1718

INTOXICACIÓN ACCIDENTAL DOMÉSTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO DE INGESTA DE SOSA CÁUSTICA EN UN HOSPITAL COMARCAL 370



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

O-1727

PATOLOGÍA TRAUMÁTICA EN MEDIO URBANO 372

O-1728

EL VALOR INICIAL DEL RTS COMO INDICADOR DE LA MORTALIDAD EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO . . . 372

P-1730

INCIDENCIA Y PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA APENDICITIS AGUDA EN UN HOSPITAL SECUNDARIO 373

P-1731

REGLAS DEL TOBILLO DE OTTAWA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS 373

O-1732

EL ARTE DE LA VIDA ES EL ARTE DE EVITAR EL DOLOR 374

O-1733

ADMINISTRACIÓN EXTRAHOSPITALARIA DEL ÁCIDO TRANEXÁMICO EN EL SHOCK HEMORRÁGICO DE ORIGEN TRAUMÁTICO 374

P-1734

VARIABLES CON VALORES QUE FALTAN EN EL REGISTRO DE TRAUMA GRAVE DE NAVARRA. ¿ESTÁN RELACIONADAS CON LA GRAVEDAD? 375

O-1735

FACTORES EXTERNOS QUE INFLUYEN EN LA INCIDENCIA DE LOS POLITRAUMATIZADOS Y SU REPERCUSIÓN EN LA MORTALIDAD. ESTUDIO DE COHORTE RESTROSPECTIVA. . . 375

P-1736

VALIDEZ Y SEGURIDAD DE LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL EN EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS EN MAYORES DE 13 AÑOS 376

P-1737

EPIDEMIOLOGÍA DE LOS ACCIDENTES LABORALES ATENDIDOS POR UNA UNIDAD MÓVIL DE EMERGENCIAS (UME) DE SAMU-ASTURIAS 376

O-1738

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A RECIDIVISMO PRECOZ EN LUMBALGIA MECÁNICA NO TRAUMÁTICA: ESTUDIO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA BINARIA DE DOS AÑOS DE OBSERVACIÓN 377

P-1739

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS, ESTUDIO DESCRIPTIVO, IMPACTO DE NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES. 377

P-1740

PORCENTAJE DE APENDICECTOMÍAS NO TERAPÉUTICAS E INFLUENCIA DE LAS PRUEBAS DE IMAGEN EN LA MISMA EN MAYORES DE 13 AÑOS 378

O-1741

ASISTENCIA INTEGRAL AL POLITRAUMATIZADO 378

P-1742

REANIMACIÓN DEL PACIENTE TRAUMATIZADO GRAVE CON **SHOCK** HIPOVOLÉMICO 379

P-1743

¿ES MÁS VÁLIDO Y SEGURO EL USO DEL SCORE DE ALVARADO QUE LA EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS EN MAYORES DE 13 AÑOS? 379

O-1744

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA INCIDENCIA DE LA ANEMIA AGUDA EN FRACTURAS DE PELVIS TIPO A (SEGÚN CLASIFICACIÓN TILE) 380

P-1745

TCE EN PACIENTES ANTIAGREGADOS Y/O ANTICOAGULADOS. ¿TIENE EL MISMO RIESGO LA ASPIRINA QUE EL SINTROM? 380





ÍNDICE TEMÁTICO

P-1746

ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA TRAUMÁTICA URGENTE HOSPITALARIA EN LA QUE SE EMITE PARTE JUDICIAL 381

P-1748

ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA MORTALIDAD DEL PACIENTE TRAUMATIZADO GRAVE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL INSULAR . . 381

P-1749

TRIAGE AVANZADO. ESGUINCE DE TOBILLO. 382

P-1750

ATENCIÓN INTEGRAL AL TRAUMA: ANÁLISIS DE LA ASISTENCIA POR UNIDADES DE SOPORTE VITAL AVANZADO Y RESULTADOS HOSPITALARIOS 382

P-1751

NUESTRA EXPERIENCIA EN EL CONTROL DEL DOLOR EN LUMBALGIAS SUBAGUDAS O CRÓNICAS 383

P-1753

FACTORES PREDICTORES DE GRAVEDAD EN PACIENTES CON ANTICOAGULACIÓN ORAL QUE SUFREN TCE. 383

P-1756

UNA DISMENORREA DISTINTA 384

P-1757

PATOLOGÍA TRAUMÁTICA EN FIESTAS TAURINAS POPULARES 384

P-1758

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN PACIENTE ANTICOAGULADO Y ANTIAGREGADO. ¿LE ESTAMOS DANDO MÁS IMPORTANCIA DE LA QUE TIENEN?. 385

P-1762

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE PRODUCIDO POR UN HACHA 385

P-1764

ASISTENCIA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA PROVINCIAL 386

P-1765

PREVALENCIA DE ACCIDENTES DE TRÁFICO SEGÚN INFLUENCIA DE VARIABLES DEMOGRÁFICAS EN UN HOSPITAL DEL SEGUNDO NIVEL DE LA COMUNIDAD DE MADRID. 386

P-1771

PUENTE MIRANDÉS: MODIFICACIÓN DEL PUENTE HOLANDÉS EN MOVILIZACIÓN DE PACIENTE TRAUMÁTICO 387

P-1772

ANÁLISIS DE LAS LUMBALGIA DIAGNOSTICADAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO 387

P-1774

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO 388

P-1776

SALTANDO CON LA MUERTE 388

P-1780

MAL KARMA 389

P-1803

URGENCIA QUIRÚRGICA UROLÓGICA: A PROPÓSITO DE UN CASO DE ABSCESO EN CUERPO CAVERNOSO . . . 389

P-1804

LESIÓN MEDULAR COMPLETA POSTRAUMÁTICA 390

P-1827

A PROPÓSITO DE UN CASO DE PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA INUSUAL EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL. 390



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-1832

VISIÓN RADIOLOGICA DE LA INMOVILIZACIÓN
Y MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE TRAUMÁTICO 391

P-1833

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS
TRAUMATOLÓGICAS EN EL ÁREA SANITARIA DE OSUNA. . 391

P-1854

ESTIMACIÓN DE LA SUPERFICIE CORPORAL QUEMADA
CON 'BURN ANALYSIS IMAGING SYSTEM' 392

A-1858

UNA RETENCIÓN URINARIA CON TRAMPA. 392

A-1876

TUMORACIONES CERVICALES, UN RETO
PARA EL DIAGNÓSTICO 393

A-1877

URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS. A PROPÓSITO
DE UN CASO: ACCIDENTE DE TRÁFICO CHOQUE FRONTAL . 393

CAPÍTULO 13. VÍA AÉREA, VMNI, TÉCNICAS EN MEDICINA DE URGENCIAS, MONITORIZACIÓN NO INVASIVA

P-1881

REVISIÓN SOBRE LA INTUBACIÓN PREHOSPITALARIA
EN EMERGENCIAS. 395

P-1882

ATRAGANTAMIENTOS ATENDIDOS EN 2015
POR UME DEL 061 DE MURCIA 395

P-1883

MORTALIDAD DE LOS PACIENTES CON SEPSIS TRATADOS CON
VENTILACIÓN NO INVASIVA EN EL SERVICIO
DE URGENCIAS 396

P-1884

TRASLADO INTERHOSPITALARIO DE LACTANTE CON VMNI
TIPO HELMET POR UNA UNIDAD MÓVIL DE EMERGENCIAS
(UME): ADAPTÁNDONOS A LOS NUEVOS SISTEMAS.
A PROPÓSITO DE UN CASO. 396

P-1886

DIFERENCIAS GASOMÉTRICAS ARTERIOVENOSAS
EN PACIENTES CON DISNEA AGUDA TRATADOS
CON VENTILACIÓN NO INVASIVA EN URGENCIAS. 397

P-1887

DRENAJE TORÁCICO: PLEUROCATH Y TRÓCAR TORÁCICO
A NIVEL PREHOSPITALARIO 397

P-1888

PRESIÓN CONTINUA EN VÍA AÉREA EN PACIENTE
CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA 398

P-1890

VENTILACIÓN NO INVASIVA EN URGENCIAS:
EXPERIENCIA DE UN AÑO 398

P-1891

FÍSTULA ARTERIOVENOSA CARÓTIDO YUGULAR SECUNDARIA
A LA CANALIZACIÓN DE UNA VÍA CENTRAL. 399



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-1892

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN URGENCIAS.
ANÁLISIS DE MORTALIDAD 399

P-1893

CÓMO EVITAR ASINCRONÍAS EN VMNI 400

P-1894

REVISIÓN LITERARIA SOBRE LA MANIOBRA DE SELICK . . . 400

P-1896

¿CÓMO LO HACEMOS EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA
MÉDICA PREHOSPITALARIOS? ¿VENTILAMOS BIEN? 401

P-1899

VMNI COMO TRATAMIENTO PALIATIVO EN PACIENTE
CARDÍOPATA PALIATIVO POSIBILITANDO MUERTE DIGNA . . 401

P-1900

OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO MEDIANTE CÁNULA NASAL
EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA HIPOXÉMICA:
A PROPOSITO DE UN CASO. 402

P-1901

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN URGENCIAS,
¿ÚTIL? 402

A-1906

PROPUESTA DE 'BOLSO RESPIRATORIO DE ATAQUE' PARA
LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA MÉDICA PREHOSPITALARIA,
VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA Y VENTILACIÓN
MECÁNICA NO INVASIVA CON RESPIRADOR DESDE
EL INICIO DE LA ASISTENCIA 403

A-1908

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO
CON ALTO FLUJO EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA
DEL HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA 403



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-3

LO QUE LA RADIOGRAFÍA NO VE. 405

P-11

LA RADIOGRAFÍA SIMPLE NO RELEGADA. MANIOBRA DE VALSALVA CAUSANTE DE NEUMOMEDIASTINO 405

P-13

PACIENTE JOVEN CON DOLOR TORÁCICO. IMPORTANCIA DE LA ECOCARDIOGRAFÍA CLÍNICA EN URGENCIAS 406

P-17

HEMATURIA Y TUMOR EVANESCENTE, VALOR DE LA ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA. 406

P-18

DOLOR TORÁCICO, DISNEA E INESTABILIDAD EMODINÁMICA: QUE LOS ÁRBOLES NO IMPIDAN VER EL BOSQUE. 407

P-19

CUANDO UNA PLACA DE CERVICALES NO ES SUFICIENTE... 407

P-20

LA ECOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL HOMBRO DOLOROSO EN URGENCIAS: TENDINOSIS CALCIFICANTE DEL TENDÓN SUBSCAPULAR 408

P-24

COMPROBACIÓN ECOGRÁFICA DE LA CORRECTA COLOCACIÓN DE UNA Sonda NASOGÁSTRICA EN URGENCIAS. 408

P-25

USO DE ULTRASONOGRAFÍA RÁPIDA EN SHOCK EN PACIENTE CON SEPTICEMIA Y NIVEL DE CONCIENCIA DISMINUIDO 409

P-28

¡DOCTOR, TENGO UN CATARRO! 409

P-29

LA PERIOCARDIOCENTESIS SALVADORA 410

P-30

A PROPÓSITO DE UN CASO. 411

P-31

DOLOR TORÁCICO Y EDEMA AGUDO DE PULMÓN TRAS RECAMBIO VALVULAR AÓRTICO (CORAZÓN CANSADO VS. CORAZÓN PARTIDO) 411

P-32

INFECCIÓN RESPIRATORIA AYER, TEP ECO-DETECTADO HOY 412

P-33

DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO EXTRAHOSPITALARIO DE TAPONAMIENTO CARDIACO Y PERICARDIOCENTESIS EFECTIVA EN UN PACIENTE QUE SUFRIÓ UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO 412

P-35

EMPIEMA NECESSITATIS. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO. 413

P-36

VAYA CON LA TVP 414

P-37

DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DEL URGENCIÓLOGO DE UNA ENTIDAD INFRECUENTE PERO IMPORTANTE: EL MUOCOCELE APENDICULAR 414

P-38

TORSIÓN TESTICULAR. DIAGNÓSTICO A PIE DE CAMA . . . 415



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-39

LINFOMA DE BURKIT COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL EN FOSA ILÍACA DERECHA.415

P-40

MASA CERVICAL Y FIEBRE EN PACIENTE JOVEN416

P-41

ACALASIA DE ESÓFAGO. INFORME DE UN CASO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.416

P-42

PROTOCOLO FATE. A PROPÓSITO DE UN CASO417

P-43

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DEL DOLOR ABDOMINAL POR ECOGRAFÍA CLÍNICA MÚSCULO-ESQUELÉTICA PRACTICADA POR MÉDICOS DE URGENCIAS417

P-44

DIAGNÓSTICO DE TUMORACIÓN PULSÁTIL DE EXTREMIDAD SUPERIOR MEDIANTE ECOGRAFÍA CLÍNICA POR URGENCIÓLOGOS418

P-45

SEPSIS Y DOLOR ABDOMINAL. IDENTIFICACIÓN DEL FOCO INFECCIOSO MEDIANTE ECOGRAFÍA CLÍNICA EN CONSULTAS DE URGENCIAS.418

P-46

OPACIDAD PULMONAR. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL MEDIANTE ECOGRAFÍA CLÍNICA PULMONAR POR MÉDICOS DE URGENCIAS.419

P-47

LA ECOGRAFÍA CLÍNICA A PIE DE CAMA EN URGENCIAS SALVA VIDAS419

P-48

DETECCIÓN DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD DE CURSO INCIPIENTE A TRAVÉS DE ECOGRAFÍA PULMONAR: UNA ESTRATEGIA VÁLIDA E INOCUA420

P-50

VALORACIÓN ECOGRÁFICA DEL GLOBO VESICAL EN URGENCIAS.421

P-51

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA DE URGENCIAS EN EL MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL421

P-52

SÍNDROME DE PAGET-SCHROETTER, DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO EN URGENCIAS.422

P-53

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA PULMONAR EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO. APLICACIÓN DEL PROTOCOLO E-FAST BEDSIDE422

P-54

ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA CON HALLAZGOS ECOGRÁFICOS EVIDENTES. USO DE LA ECOGRAFÍA EN URGENCIAS MÁS ALLÁ DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA.423

P-55

SÍNDROME DE WILKIE EN LA URGENCIA423

P-56

DISNEA EN URGENCIAS: UN SÍNTOMA QUE SIEMPRE SORPRENDE424

P-57

ECOGRAFÍA PULMONAR EN URGENCIAS: A PROPÓSITO DE UN CASO.424

P-58

UN DONUT INDIGESTO425

P-59

NI UN DEDO HACE MANO, NI UNA GOLONDRINA VERANO425



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-60

PONTE EL CINTURÓN Y SIÉNTATE BIEN. 426

P-61

METÁSTASIS CUTÁNEAS DE UN CÁNCER DE MAMA 427

P-62

SÍNCOPE. ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA 427

P-64

ECOGRAFÍA EN URGENCIAS EN RETENCIÓN AGUDA DE ORINA POR COÁGULO INTRAVESICAL. AYUDA AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO CON PUNCIÓN SUPRAPÚBICA 428

P-65

LESIONES CUTÁNEAS EN UNA PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA EN URGENCIAS 428

P-66

ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA DESMIENTE RADIOGRAFÍA DE TÓRAX SIN INFILTRADOS. 429

A-68

LA ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS, UNA NUEVA ARMA EN MANOS DEL URGENCIÓLOGO 429

A-69

¿UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA DE URGENCIAS EN LA VALORACIÓN DE LA DISNEA AGUDA? 430

A-70

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO: UN HALLAZGO INESPERADO. 430

A-71

ECOGRAFÍA PULMONAR, UNA HERRAMIENTA MÁS QUE EL MÉDICO DE URGENCIAS DEBE UTILIZAR 431

A-73

DONDE MENOS SE ESPERA, SALTA EL ABSCESO 432

A-74

HERNIA ABDOMINAL SPIEGEL. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN 432

A-75

MAS ALLÁ DE LA LUMBALGIA MECÁNICA. IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS Y ECOGRAFÍA EN URGENCIAS. 433

A-76

MASA RENAL COMO CAUSA DE HEMATURIA. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA DE URGENCIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO. 433

A-77

CELULITIS + ECÓGRAFO = SARCOMA. 434

A-78

DISECCIÓN TRAUMÁTICA DE AORTA ABDOMINAL 434

A-79

IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN URGENCIAS. . 435

A-80

LA ECOGRAFÍA CLÍNICA, A PIE DE CAMA EN URGENCIAS, ANTE LA SOSPECHA DE UN ABDOMEN AGUDO. 435

A-82

PERFORACIÓN VESICULAR AISLADA EN TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO: A PROPÓSITO DE UN CASO 436

A-84

PLACA DE PARRILLA COSTAL Y ALTA... 436

P-148

MORDEDURA DE PERRO, ¿SUTURAMOS LA HERIDA? 437



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

A-273

PACIENTE CON HEMORRAGIA INTRACRANEAL MASIVA. LIMITACIÓN DE ESFUERZO TERAPÉUTICO VERSUS MEDIDAS DE MANTENIMIENTO PARA DONACIÓN DE ÓRGANOS EN MUERTE ENCEFÁLICA. 437

P-300

PERITONITIS ASOCIADA A VENTRICULITIS EN PACIENTE CON DERIVACIÓN VENTRÍCULOPERITONEAL. A PROPÓSITO DE UN CASO. 438

P-302

YO NO INGRESO POR UN BULTO EN LA CABEZA. 439

P-305

INDICACIONES DE TORACOCENTESIS EN EL PACIENTE GERIÁTRICO 440

P-306

VIAJANDO AL PAÍS DE LAS MARAVILLAS 440

P-307

CUADRO CONFUSIONAL Y DÉFICIT DE FOLATOS 441

P-308

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO POR PICADURA DE ESCORPIÓN EN UN NIÑO DE 9 AÑOS. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO. 441

P-310

MANEJO DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO 442

P-312

DOS NEUMOMEDIASTINOS DE CAUSA CURIOSA. 443

P-314

HIPOPOTASEMIA SEVERA FARMACOLÓGICA. 443

P-316

CAUSA DE MUERTE SÚBITA EN LOS NIÑOS. MIOCARDIOPATÍA DILATADA. 444

P-317

LOS NIÑOS NO SE MAREAN 445

P-318

DISFONÍA EN URGENCIAS. 445

P-319

MIOSITIS AGUDA BENIGNA EN LA INFANCIA. 446

P-320

ICTERICIA EN LA EDAD PEDIÁTRICA. UNA COINFECCIÓN DE MUY POCA PREVALENCIA 446

P-321

CEFALEA CENTINELA 447

P-322

OSTEOCONDROMA COSTAL EN UN PACIENTE DE 13 AÑOS, SU MALIGNIFICACIÓN ES POSIBLE 447

P-323

SÍNDROME DE BOERHAAVE O RUPTURA ESPONTÁNEA DE ESÓFAGO: CLAVES PARA UN DIAGNÓSTICO PRECOZ EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO 448

P-325

SE TRATA DEL CRITERIO. 448

P-326

MANEJO CONSERVADOR DEL NEUMOTÓRAX. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA TORÁCICA 449

P-327

SE HA CAÍDO EL ANCIANO... ¿FRACTURA VERTEBRAL? . . . 449





ÍNDICE TEMÁTICO

P-328

EPIGLOTTITIS AGUDA EN ADULTO CON OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA450

P-329

AGITACIÓN EN PACIENTE PLURIPATOLÓGICO Y CONSUMIDOR DE COCAÍNA450

P-330

CEFALEA, ESTUPOR Y CONVULSIÓN COMO PRESENTACIÓN DE TROMBOSIS DE SENO LONGITUDINAL SUPERIOR.451

A-332

ME DUELE LA PIERNA, DOCTORA (FLEGMASIA CERULEA DOLENS)451

A-334

SINUSITIS COMPLICADA.452

A-335

MANEJO DE INTOXICACIONES EN NIÑOS. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.452

A-337

SÍNDROME MICCIONAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE PATOLOGÍA INSOSPECHADA.453

A-338

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS EN URGENCIAS: NÓDULOS PULMONARES BILATERALES.454

A-339

CRISIS DE LLANTO COMO CAUSA DE NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO.454

A-341

A PROPÓSITO DE UN CASO: VÍA DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN DURANTE UNA CONVULSIÓN TÓNICO-CLÓNICA EN UN LACTANTE455

A-343

ANIMALES QUE NO SON EL MEJOR AMIGO DEL HOMBRE.455

A-344

UN CASO POCO FRECUENTE. ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE EN EL LACTANTE.456

A-345

TRATAMIENTO HOMEOPÁTICO EN UN CASO DE OTITIS MEDIAS DE REPETICIÓN.456

P-407

PARADA CARDIORRESPIRATORIA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE NEOPLASIA COLÓNICA457

P-418

ROTURA DIAFRAGMÁTICA TRAS TRAUMATISMO DE ALTA ENERGÍA457

P-419

TAN AFILADO COMO LA HOJA DE UNA PALMERA.458

P-420

GOLPE DE CALOR458

P-422

IDENTIFICACIÓN, MANEJO Y TRATAMIENTO DE LAS TAQUICARDIA REGULARES DE COMPLEJO ESTRECHO A NIVEL EXTRAHOSPITALARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO459

P-425

LA EDUCACIÓN A LA POBLACIÓN MARCA LA DIFERENCIA . . .459

A-429

DOLOR TORÁCICO EN MEDIO RURAL.460

A-432

HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL: SI SOSPECHADA, TRATADA460



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

A-433

POLITRAUMATIZADO EN ZONA RURAL, ¿PODEMOS REALIZAR UNA CORRECTA ATENCIÓN INICIAL? 461

P-481

CEFALEA SÓLO AL SUBIR ESCALERAS Y CAMINAR 462

P-498

RABDOMIOLISIS COMO EXPRESIÓN DE SÍNDROME DE LERICHE 462

P-499

MIOCARDIOPATÍA DE TAKOTSUBO TRAS LA MUERTE DEL MARIDO 463

P-510

¿TAQUICARDIA CON QRS ANCHO?... ¡VENTRICULAR! . . . 463

P-551

ADENOCARCINOMA DE PULMÓN CON METÁSTASIS COROIDEA 464

P-553

SÍNDROME DE KOUNIS TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS 465

P-564

DOLOR TORÁCICO MECÁNICO ATRAUMÁTICO EN MUJER MENOPÁUSICA 465

P-565

NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO: A PROPÓSITO DE UN CASO 466

P-566

CERVICALGIA, ANSIEDAD Y FIEBRE 466

P-568

PATRÓN DE BRUGADA DESENMASCARADO POR FIEBRE . . 467

P-570

¿BAV, SCACEST O ENDOCARDITIS? 468

P-576

TORMENTA ARRÍTMICA COMO MANIFESTACIÓN DE TRIPLE VALVULOPATÍA 468

P-577

DOLOR ABDOMINAL Y OLIGOANURIA, UNIENDO LA SITUACIÓN HEMODINÁMICA CON EL PROCESO OBSTRUCTIVO 469

P-581

TORMENTA ELÉCTRICA... IATROGÉNICA 469

P-582

ECOCARDIOGRAFÍA Y DOLOR TORÁCICO. UTILIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 470

P-584

SÍNDROME CORONARIO AGUDO POR TOMA DE TRIPTÁN 470

P-587

TETRAPARESIA DE APARENTE ETIOLOGÍA TRAUMÁTICA. LAS APARIENCIAS ENGAÑAN 471

P-588

¿SE ASOCIA EL USO DE DOPAMINA EN PACIENTES EN ESTADO DE SHOCK CON LA APARICIÓN DE ARRITMIAS CARDIACAS? 471

P-589

TAQUICARDIA VENTRICULAR POR FLECAINIDA EN PACIENTE CON FIBRILACIÓN AURICULAR. ¿CUÁNDO DEBEMOS USARLA? EVIDENCIA ACTUAL 472

P-591

DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA POST-IAM 473



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-592

VARÓN DE 32 AÑOS CON CEFALEA CON DATOS DE ALARMA.474

P-593

MANIFESTACIÓN CLÍNICA Y ELECTROCARDIOGRÁFICA DE SCACEST COMO PRESENTACIÓN DE UN CASO DE MIOCARDIOPATÍA DILATADA EN UN PACIENTE JOVEN SIN HÁBITO EÓLICO474

P-595

DE LA FIESTA AL QUIRÓFANO. COCAÍNA Y SUS REPERCUSIONES475

P-597

SOSPECHA DE MALOS TRATOS EN PACIENTE CON SÍNCOPE POR CAVERNOMA GIGANTE476

P-598

HIPOMAGNESEMIA POR PÉRDIDAS DIGESTIVAS: A PROPÓSITO DE UN CASO.476

P-600

LA IMPORTANCIA DEL ELECTROCARDIOGRAMA EN URGENCIAS.477

P-601

UNA INTERVENCIÓN SENCILLA.... .477

P-602

ESTREÑIMIENTO Y DOLOR ABDOMINAL. LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO EN URGENCIAS.478

P-603

BLOQUEO AURÍCULO VENTRICULAR COMPLETO ASINTOMÁTICO EN PACIENTE JOVEN478

P-604

UNA RARA CAUSA DE EMBOLISMO PULMONAR.479

P-606

DOLOR TORÁCICO TRAS PONERSE UNA CHAQUETA PARA IR A PASEAR480

P-607

ME SUBE LA ADRENALINA.... .480

P-608

ANEURISMA DE CARÓTIDA INTERNA COMO CAUSA INFRECUENTE DE CEFALEA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS481

P-609

¿TÍPICO DOLOR TORÁCICO?482

P-610

NO TODO LO QUE BRILLA ES ORO.482

P-611

EDEMA AGUDO DE PULMON SECUNDARIO A EDEMA DE REINKE483

P-612

DEBILIDAD FARÍNGEA AGUDA483

P-615

SÍNDROME DE BRUGADA DESENMASCARADO POR FIEBRE484

P-617

ALTERACIÓN EN LA CONDUCCIÓN DEL RITMO, UN CASO DE DISECCIÓN DE AORTA485

P-618

UN HEMATOMA AÓRTICO ENMASCARADO COMO CÓLICO RENAL SIMPLE.485

P-620

ANSIEDAD Y DOLOR TORÁCICO486





ÍNDICE TEMÁTICO

P-621

RAMSAY-HUNT. A PROPÓSITO DE UN CASO 486

P-622

TE MUERES SOLO UNA VEZ 487

P-625

¿QUIÉN ES ESE KOUNIS Y QUÉ TIENE QUE VER CON MIS PACIENTES? 487

P-626

PRESENTACIÓN DE DOLOR TORÁCICO TRAS REACCIÓN ANAFILÁCTICA 488

P-627

HEMORRAGIA DIGESTIVA INVISIBLE. SÍNCOPE DE ALTO RIESGO. 488

P-628

SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN TRANSITORIA DEL SEGMENTO ST. ¿MANEJO TERAPÉUTICO ESPECÍFICO? 489

P-629

DOLOR TORÁCICO COMO SÍNTOMA PRINCIPAL DE UN DERRAME PERICÁRDICO. 490

P-630

CISTITIS ENFISEMATOSA: UNA COMPLICACIÓN LETAL EN EL PACIENTE DIABÉTICO. 491

P-631

SÍNCOPE DE PERFIL VASOVAGAL 491

P-632

OTRAS CAUSAS DE SCA: SÍNDROME DE KOUNIS 492

P-633

FIBRILACIÓN VENTRICULAR EN URGENCIAS 492

P-634

MENINGITIS NEUMOCÓCICA: A PROPÓSITO DE UN CASO. 493

P-635

EL QUISTE RENAL, UNA LESIÓN FRECUENTE Y ASINTOMÁTICA SALVO SI SE COMPLICA 493

P-636

HEMORRAGIA HEPÁTICA ESPONTÁNEA 494

P-637

LLEGUÉ HACE 10 DÍAS DE SIERRA LEONA Y TENGO FIEBRE 494

P-639

A PROPÓSITO DE UN CASO: DORSALGIA INCAPACITANTE 495

P-640

ADENOPATÍA CERVICAL EN URGENCIAS. 495

P-641

LINFOCELE TRAS PROSTATECTOMÍA: UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE. 496

P-642

ENFERMEDAD DE POMPE 497

P-643

ALGO MÁS QUE UNA DISNEA PROGRESIVA... 497

P-644

EPIGASTRALGIA EN VARÓN HIPERTENSO DE 59 AÑOS CON ANTECEDENTES DE ANEURISMA 498

P-645

DISNEA SÚBITA Y DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS. . . . 499



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-646

DOLOR TORÁCICO EN EL TANATORIO 499

P-647

ROTURA DE LA CUERDA TENDINOSA: UNA CAUSA DE INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA 500

P-648

NO TODAS LAS DISARTRIAS SON ICTUS 500

P-650

UN CUELLO DE INFARTO 501

P-651

ARRITMIA CARDIACA POR FÁRMACO ANTIARRÍTMICO ... 502

P-652

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CON PERICARDITIS EPISTENOCÁRDICA CONCOMITANTE EN PACIENTE DE 33 AÑOS. 502

P-653

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR BILATERAL EN GESTANTE COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE SARCOMA RETROPERITONEAL. 503

P-655

INTOXICACIÓN POR METANOL INHALADO 503

P-656

ANGOR SECUNDARIO A INGESTA DE PESCADO. 504

P-657

SE ME VA LA VIDA POR LA VENTANA 504

P-658

FIBRILACIÓN VENTRICULAR EN PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN LESIONES CORONARIAS. 505

P-659

ABDOMINALGIA EN GESTANTE, NO SIEMPRE ES CÓLICO NEFRÍTICO. 506

P-660

ACCIDENTES CEREBROVASCULARES ENMASCARADOS. ICTUS ISQUÉMICO DE LA ARTERIA BASILAR. 507

P-661

LUMBALGIA SUBAGUDA COMO DEBUT DE LINFOMA NO HODGKIN. 507

P-662

DOCTOR, YO ASÍ NO CAMINABA 508

P-663

NEUMONÍA POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* RESISTENTE A METICILINA COMPLICADA CON EMBOLISMOS SÉPTICOS 508

P-664

HEMOPERITONEO SECUNDARIO A FRACTURA DE RAMAS PÉLVICAS 509

P-665

DISNEA E INSUFICIENCIA CARDIACA POSPARTO EN UNA MUJER SANA 510

P-666

DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO EN URGENCIAS DE UN MELANOMA METASTÁSICO Y SUS COMPLICACIONES ... 510

P-667

ENDOCARDITIS POR *S. BOVIS* SECUNDARIA A FÍSTULA ATRIO-ESOFÁGICA TRAS ABLACIÓN DE VENAS PULMONARES .. 511

P-668

NO SUBESTIMES EL PODER DIAGNÓSTICO DE LA RADIOGRAFÍA CONVENCIONAL 512



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-669

DISECCIÓN CORONARIA TRAUMÁTICA COMO MANIFESTACIÓN DE IAM. 512

P-671

EROGARÍA OCULAR, UNA HERRAMIENTA MÁS DEL MÉDICO DE URGENCIAS 513

P-672

¡MENUDO ESFUERZO! 514

P-674

CUANDO EL R.I.V.A NO ES LO QUE PARECE 514

P-675

CONFUSIÓN EN EL DIAGNÓSTICO 515

P-676

¿MARCAPASOS TRAS UN PROCESO CATARRAL? UN HALLAZGO INESPERADO EN URGENCIAS. 516

P-677

ALTERACIÓN EN LA CONDUCCIÓN DEL RITMO EN UN CASO DE DISECCIÓN DE AORTA 516

P-678

DE BANAL A URGENTE: CUANDO LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX ES CLAVE. 517

P-679

SÍNDROME DE WOLFF PARKINSON WHITE 517

P-680

ENFERMEDAD DE GITLELMAN. A PROPÓSITO DE UN CASO 518

P-682

TAQUICARDIA VENTRICULAR POLIMORFA EN PACIENTE CON QT ALARGADO Y FACIES DISMÓRFICA. 518

P-683

UN DOLOR ABDOMINAL DIFERENTE A LOS DEMÁS 519

P-685

CAUSA POCO FRECUENTE DE SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR 520

P-687

UNA GASTROENTERITIS PARTICULARMENTE GRAVE 520

P-688

MOTIVO DE CONSULTA: DOLOR DE EXTREMIDAD. DIAGNÓSTICO FINAL: DEBUT DIABÉTICO 521

P-690

‘LA QUE HAS LIAO POLLITO’ 521

P-691

GRAN CORAZÓN EN SÍNDROME DE DOWN: ¿ANSIEDAD O PATOLOGÍA URGENTE? 522

P-693

DOLOR TORÁCICO ATÍPICO EN PACIENTE CON CORAZÓN UNIVENTRICULAR. 522

P-694

ENFERMEDADES AMPOLLOSAS DE CARÁCTER INMUNITARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO. 523

P-695

PERFORACIÓN INTESTINAL EN PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL INESPECÍFICO 523

P-696

SÍNCOPE EN PACIENTE ASINTOMÁTICO. EL SIGNO QUE DESATA LA TORMENTA 524

P-697

DISFAGIA Y BRADICARDIA. UNA COMBINACIÓN UN TANTO EXTRAÑA. 525



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-698

SÍNCOPE DE PERFIL VASOVAGAL, ¿SIEMPRE UN PROCESO INTRASCENDENTE? 525

P-700

CAÍDAS ACCIDENTALES. CASO CLÍNICO: CAÍDA ACCIDENTAL Y RABDOMIOLISIS. UNA TRAMPA MORTAL 526

P-701

ACTITUD DIFERENTE ANTE HIPONATREMIAS GRAVES EN URGENCIAS 526

P-702

EPISODIOS FEBRILES EN PACIENTES CON SÍNDROME DE BRUGADA. A PROPÓSITO DE UN CASO 527

P-703

DERRAME PLEURAL ASOCIADO A NEUROFIBROSARCOMA EN EL CONTEXTO DE NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1 527

P-704

CRISIS ADDISONIANA POR SUPRESIÓN DE ESTEROIDES .. 528

P-705

TEXTILOMA COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL DIFUSO: A PROPÓSITO DE UN CASO 528

P-706

ALTERACIONES DEL ECG EN *PECTUS EXCAVATUM* 529

P-707

DOCTOR, ME ENCUENTRO ANSIOSO, ¡AH! Y ME DUELE EL PECHO 529

P-708

LO QUE LA ANSIEDAD ESCONDE 530

P-709

SÍNDROME DE LA ARTERIA DE PERCHERON: REPORTE DE UN CASO 531

P-710

BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR AVANZADO EN ESPONDILITIS ANQUILOSANTE 531

P-711

TENGO SUEÑO 532

P-712

NO SIEMPRE SE TRATA DE UNA INFECCIÓN RESPIRATORIA 532

P-713

PREVENGAMOS EL ANGIOEDEMA DE ETIOLOGÍA MEDICAMENTOSA 533

P-716

SÍNDROME DE WOLF PARKINSON WHITE EN PACIENTE EMBARAZADA Y FRACTURA DE COLLES. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO 533

P-717

HIPOTIROIDISMO SEVERO SECUNDARIO A LITIO 534

P-718

MALFORMACIÓN ARNOLD CHIARI ASOCIADO CON SIRINGOMIELIA: PRESENTACIÓN DE UN CASO EN LA INFANCIA 534

P-719

REGALO DE NAVIDAD: FARINGOAMIGDALITIS Y BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR COMPLETO 535

P-720

ALGO MÁS QUE UNA TOS PERSISTENTE 536

P-721

A PROPÓSITO DE UN CASO: MIOPERICARDITIS 537

P-722

CARDIOMEGALIA Y DISNEA SÚBITA, NO SIEMPRE ES UN TEP 537



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-724

MIOPERICARDITIS AGUDA EN PACIENTE JOVEN 538

P-725

PACIENTES QUE VUELVEN 539

P-726

DE LA RETENCIÓN AGUDA DE ORINA A LA FIBRILACIÓN VENTRICULAR 539

P-727

NO ES ANSIEDAD TODO LO QUE PARECE 540

P-728

PACIENTE JOVEN CON DIARREA PERSISTENTE: MEGACOLON TÓXICO 540

P-729

A PROPÓSITO DE UN CASO: PACIENTE CON SÍNCOPE DE REPETICIÓN 541

P-730

¡QUE ME AHOGO! 541

P-731

DOLOR DESCENDENTE 542

P-732

CUANDO EL CONSUMO DE TÓXICOS NO ES LA EXPLICACIÓN... AUNQUE LO PAREZCA. 542

P-733

HIPOCALCEMIA POR HIPOMAGNESIA Y DÉFICIT DE VITAMINA D EN PACIENTE CON ILEOSTOMÍA. 543

P-734

HEMATOMA ABDOMINAL ESPONTÁNEO EN PACIENTE CON ANTICOAGULANTES ORALES. 543

P-735

IAM SIMULTÁNEO EN DOS HERMANOS. UN CASO DE SÍNDROME DE TAKOTSUBO 544

P-736

PERICARDITIS AGUDA. 544

P-737

FIEBRE POR *S. INTERMEDIUS*. 545

P-738

SHOCK ANAFILACTOIDE POR PICADURAS DE MOSQUITOS 545

P-739

MUJER DE 54 AÑOS CON DIFICULTAD RESPIRATORIA Y ALTERACIONES NEUROLÓGICAS SIN FIEBRE. 546

P-740

DOCTORA, SI SÓLO VENÍA POR UNA CAÍDA..... 546

P-741

PRIMERA CRISIS CONVULSIVA EN PACIENTE HEPATÓPATA. 547

P-742

EL ABSCESO PRESACRO, UNA ENTIDAD EXCEPCIONAL DENTRO DE LOS ABSCESOS INTRAABDOMINALES CON MÚLTIPLES CAUSAS 547

P-743

ESQUISENCEFALIA COMO CAUSA DE ESTATUS EPILEPTICO 548

P-744

SÍNCOPE CARDIOGÉNICO. 548

P-745

PERICARDITIS 549



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-746

UTILIDAD DE LA RADIOLOGÍA CONVENCIONAL
PARA EL DIAGNÓSTICO DE LAS FRACTURAS COSTALES . . . 549

P-747

NO TODO VIENE DE LOS NERVIOS 550

P-748

ME DUELE LA TRIPA. 550

P-749

LA LUNA DE MIEL DEL HEMATOMA EPIDURAL. 551

P-750

DOCTOR, NO PUEDO RESPIRAR 551

P-751

SÍNDROME DE WATERHOUSE-FRIEDRICHSEN. 552

P-753

ME NEGARÁS TRES VECES... 552

P-754

UN DOBLE INFARTO. 553

P-755

DERRAME PERICÁRDICO SEVERO CON DATOS ECOGRÁFICOS
DE COMPROMISO HEMODINÁMICO SECUNDARIO
A TRATAMIENTO CON NILOTINIB. 554

P-756

HEMOPTISIS, PANCITOPENIA E INFILTRADOS
PULMONARES BILATERALES: PRESENTACIÓN
DE ILLA EN VARÓN DE 37 AÑOS. 555

P-757

TENÍA TODAS LAS PAPELETAS 555

P-758

DIAGNÓSTICO CLÍNICO PRECOZ EN FASCITIS
NECROTIZANTE. UNA URGENCIA VITAL 556

P-759

CUANDO LAS PALABRAS NO EXISTEN...
HAY QUE ESCUCHAR AL CORAZÓN... 556

P-760

INFARTO ANTEROSEPTAL ASOCIADO A *MILKING* DE
DESDENDENTE ANTERIOR 557

P-761

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA
EN EXTREMIDAD SUPERIOR. 557

P-762

ANGOR INESTABLE QUE EVOLUCIONA A IAM INFERIOR . . 558

P-764

IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA COMPLETA
EN EL PACIENTE QUE CONSULTA DE URGENCIA 558

P-765

CEFALEA ORGÁSMICA. 559

P-766

DISECCIÓN DE AORTA TORACOABDOMINAL.
A PROPÓSITO DE UN CASO. 559

P-767

ICTUS ISQUÉMICO POR VASCULITIS
POR VIRUS VARICELA ZÓSTER 560

P-768

HIPONATREMIA POR ANTIPSICÓTICOS 560

P-769

SÍNDROME DE HORNER. A PROPÓSITO DE UN CASO . . . 561



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-770

DOLOR TORÁCICO, A PROPÓSITO
DE UN CASO CLÍNICO. 561

P-771

NEUROPATÍA COMPRESIVA BILATERAL DEL NERVO CIÁTICO
POPLITEO EXTERNO, EN EL CONTEXTO DE JUEGOS DE
ORDENADOR-PC 562

P-772

DISECCIÓN ESPONTÁNEA DE ARTERIA CORONARIA COMO
CAUSA DE ISQUEMIA CORONARIA AGUDA 562

P-773

LA FALSA LUMBALGIA. 563

A-774

DISMINUCIÓN SÚBITA DEL NIVEL DE CONCIENCIA
EN PACIENTE HTA. ACTIVACIÓN CÓDIGO ICTUS 563

A-775

HEMORRAGIA DE PLACER 564

A-776

MÁS ALLÁ DE LOS DIURÉTICOS EN LA INSUFICIENCIA
CARDIACA. IMPORTANCIA DE LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN
DE LOS FACTORES DESENCADENANTES. 564

A-777

DOLOR PLEURÍTICO CON ALTERACIÓN ECG 565

A-778

UNA APARENTE MIGRAÑA. 565

A-779

PRESÍNCOPE EN JOVEN DEPORTISTA 566

A-780

MÁS ALLÁ DE LAS VIRIASIS 567

A-781

CONGESTIÓN NASAL Y SÍNDROME
CORONARIO AGUDO 567

A-782

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE MIEMBRO SUPERIOR
IZQUIERDO 568

A-783

DOLOR EN HIPOCONDRIO IZQUIERDO:
MASA BENIGNA 568

A-784

NO ES MALIGNO TODO LO QUE PARECE. 569

A-785

LA DISNEA CARDIACA Y LA MIOCARDIOPATÍA DILATADA
DE CAUSA ISQUÉMICA COMO ORIGEN. 570

A-786

CASO ABIERTO: SOBRECARGA AGUDA DE VENTRÍCULO
DERECHO 570

A-787

UNA DESFIBRILACIÓN, UNA VIDA 571

A-788

TENÍA EL CORAZÓN ROTO 571

A-790

UN INCENDIO QUE TERMINA EN INFARTO. 572

A-791

COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR
COMO COMPLICACIÓN TRAS INFARTO
AGUDO DE MIOCARDIO 572

A-792

VARÓN DE 30 AÑOS CON FIEBRE TRAS UN VIAJE
A CAMERÚN 573



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

A-794

AMPUTACIÓN TRANSFALÁNGICA DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO TRAS INYECCIÓN INTRAARTERIAL ACCIDENTAL DE ESTANOZOLOL 573

A-795

¿QUÉ PUEDE HABER DETRÁS DE UN SÍNCOPE? 574

A-796

MIOCARDIOPATÍA DILATADA: DEL DEBUT AL TRATAMIENTO CRÓNICO 574

A-797

FIBRINOLISIS EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS, ¿SÍ O NO? 575

A-798

CORNADA DE CABRA 575

A-799

ADENOPATÍA SUPRACLAVICULAR EN URGENCIAS 576

A-800

DOLOR TORÁCICO Y SÍNDROME AÓRTICO AGUDO 576

A-803

IMPORTANCIA DE UN AMPLIO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA ANTE SÍNTOMAS FRECUENTES EN URGENCIAS 577

A-804

BEBIDAS ENERGÉTICAS Y ALCOHOL, ¿UNA COMBINACIÓN EXPLOSIVA? 577

A-805

DOCTOR, ESTE DOLOR NO ME DEJA VIVIR 578

A-806

GOLPE DE CALOR CON CONSECUENCIAS FATALES: ICTUS ISQUÉMICO CAROTÍDEO PRECIPITADO POR HIPOTENSIÓN MANTENIDA 579

A-807

GASTRITIS ENFISEMATOSA, UN CASO RESUELTO MEDIANTE TRATAMIENTO MÉDICO CONSERVADOR PRECOZ 579

A-808

TUMEFACCIÓN DE MIEMBRO SUPERIOR ASOCIADO A DISFONÍA 580

A-809

ESTUDIO DEL SÍNCOPE 580

A-810

DOCTORA, ME AHOGO 581

A-811

HOY NO ME PUEDO LEVANTAR 581

A-812

SÍNDROME DE **MILKING**: CEFALEA COMO PRESENTACIÓN DE CUADRO CORONARIO 582

A-813

HEMATOMA LATEROCERVICAL ESPONTÁNEO 582

A-814

DETERIORO GENERAL DE CAUSA CENTRAL 583

A-815

VÓMITOS ESCALOFRIANTES 583

A-816

DOLOR ABDOMINAL EN VARÓN JOVEN 584



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

A-817

DOLOR TORÁCICO ATÍPICO EN SEXO FEMENINO. 584

A-818

TRIPLE VENTILACIÓN 585

A-819

COMPLICACIÓN RARA DE SINUSITIS AGUDA 586

A-820

EPIGASTRALGIA EN URGENCIAS:
A PROPÓSITO DE UN CASO. 586

A-821

TAPONAMIENTO CARDIACO. UN DIAGNÓSTICO DIFÍCIL SIN
UNA ECOCARDIOGRAFÍA URGENTE. 587

A-822

PDIA: UNA PATOLOGÍA A TENER EN CUENTA 587

A-823

ARRITMIA DE RECIENTE COMIENZO... CARDIOVERSIÓN . . 588

A-824

FIEBRE DE CORTA EVOLUCIÓN EN ADOLESCENTE. 588

A-825

CATARRO DE VÍAS ALTAS Y SÍNDROME
DE GUILLAIN-BARRÉ 589

A-826

¡ESTE RIÑÓN GOLOSO ME HINCHA! 590

A-827

CARDIOMIOPATÍA DE ESTRÉS
O SÍNDROME DE TAKO-TSUBO. 590

A-828

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SECUNDARIO A
TRAUMATISMO 591

A-829

SOSPECHA DE VULNERABILIDAD QUÍMICA POR ALCOHOL Y
CANNABIS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL
TERCIARIO. 591

A-830

EL RITMO AURICULAR BAJO UNA ALTERACIÓN
ELECTROCARDIOGRÁFICA A DIFERENCIAR ENTRE
FISIOLÓGICO O PATOLÓGICO 592

A-831

CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA, ¿ES LA MEJOR OPCIÓN? . . 592

A-832

VARÓN DE 76 AÑOS CON PALPITACIONES 593

A-833

DOCTOR, ME EXPLOTA LA CABEZA. 593

A-834

EL DEPORTE DE ÉLITE Y SUS RIESGOS CORONARIOS.
A PROPÓSITO DE UN CASO. 594

A-835

EXTRASÍSTOLES Y MAREO A LOS 14. ANOMALÍA
DE EBSTEIN, A PROPÓSITO DE UN CASO 594

A-836

TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR EN MUJER
EMBARAZADA 595

A-837

SÍNCOPE EN PACIENTE JOVEN. 595

A-838

MARATÓN: ¿UNA MODA BUENA PARA EL CORAZÓN? . . 596



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

A-839

DISECCIÓN AÓRTICA596

A-840

PARADA CARDIACA RECUPERADA597

A-841

HIPOTERMIA..., ¿ENEMIGO EN LAS COMPETICIONES DE MONTAÑA?597

A-844

VARÓN DE 25 AÑOS CON CEFALEA E INESTABILIDAD.598

A-845

PARVOVIRUS B19 HUMANO EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE FARINGITIS AGUDA.598

A-846

SÍNDROME CORONARIO AGUDO SECUNDARIO A DISECCIÓN AÓRTICA.599

A-847

POLIMEDICACIÓN Y SÍNDROME DE QT LARGO ADQUIRIDO.599

A-848

ESTOY CANSADA DE TOSER600

A-849

LA FIBRILACION AURICULAR Y LA ACTITUD TERAPÉUTICA A SEGUIR EN URGENCIAS HOSPITALARIAS600

A-850

DISNEA, ESE SÍNTOMA TAN INESPECÍFICO.601

A-852

DOCTOR, EL CORAZÓN A VECES ME LATE MUY DEPRISA601

A-853

DISNEA Y TOS... ¿SE TRATA DE UNA INFECCIÓN RESPIRATORIA?602

A-854

SEPSIS, ¿O NO?602

A-855

CHIRLA AÉREO-DIGESTIVA603

A-856

IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO PRECOZ603

A-857

LUMBALGIA DE DIFÍCIL CONTROL604

A-858

¡QUÉ MAREO!604

A-859

DISCUSIONES Y DOLOR TORÁCICO VERSUS ANSIEDAD605

A-860

DE MASA ABDOMINAL A TAPONAMIENTO PERICÁRDICO605

A-861

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN606

A-862

POLITRAUMATISMO EN UN ESPELEÓLOGO607

A-864

INESTABILIDAD EN PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO ...607



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

A-865

DOLOR EN FOSA RENAL Y HEMATURIA, ¿CÓLICO? 608

A-866

UNA CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR TORÁCICO 608

A-867

PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN UN LUGAR AFORTUNADO 609

A-868

SÍNDROME AÓRTICO AGUDO 609

A-869

CUANDO UN SEGMENTO ST SE MANTIENE ELEVADO . . . 610

A-870

GANGRENA DE FOURNIER, A PROPÓSITO DE UN CASO. . 610

A-871

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO. SECUNDARISMO FARMACOLÓGICO 611

A-873

DOLOR TORÁCICO ATÍPICO, A VECES HAY SORPRESAS. . . 612

P-902

CERVICALGIA Y SÍNDROME CONSTITUCIONAL EN PACIENTE DE 30 AÑOS 612

P-920

DOLOR LUMBAR IRRADIADO A EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA 613

P-940

MENINGITIS NEUMOCÓCICA, INICIO DE LOS SÍNTOMAS Y RELACIÓN CON EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR 613

P-941

DOLOR LUMBAR PERSISTENTE, ¿QUÉ DEBEMOS SOSPECHAR? 614

P-942

SE TRATA DEL LOBO 614

P-943

MENINGOENCEFALITIS AGUDA BACTERIANA OTOGÉNICA EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDA 615

P-944

BACTERIEMIA POR *STAPHYLOCOCCUS WARNERI* Y *STAPHYLOCOCCUS LUGDUNENSIS* EN PACIENTE CON DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) 615

P-946

¡AY DOCTOR, TENGO LA MANO TONTA! 616

P-949

NO ES LO QUE PARECE 617

P-950

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO. 617

P-951

EMBOLISMO CEREBRAL CÁLCICO DIFERIDO TRAS CATETERISMO CORONARIO. IMPLICACIONES ETIOPATOGÉNICAS Y TERAPÉUTICAS 618

P-952

HEMOPTISIS FRANCA POR ASPERGILOMA. 618

P-954

RIESGO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTE DE BAJO RIESGO TRAS CIRUGÍA VASCULAR 619



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-955

FIEBRE Y EXANTEMA, ASOCIACIÓN FRECUENTE Y NO SIEMPRE EVIDENTE. 619

P-956

OBESIDAD COMO COMORBILIDAD 620

P-957

LA SONRISA SARDÓNICA 620

P-958

CERVICALGIA Y ANEURISMA 621

P-959

ME DUELE EL HOMBRO, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO. 621

P-962

TUBERCULOSIS PERITONEAL 622

P-963

NEUMONITIS INTERSTICIAL EN RELACIÓN CON INFECCIÓN POR VIRUS DE EPSTEIN-BARR. 623

P-964

SÍNDROME DE LÖEFFLER Y SUBOCCLUSIÓN INTESTINAL POR INFECCIÓN PARASITARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO . . . 623

P-965

EL GRAN SIMULADOR: MIXOMA AURICULAR. 624

P-966

DOLOR ABDOMINAL EN PACIENTE CON TRASTORNO DE LA COAGULACIÓN. 625

P-968

PACIENTE POSTQUIRÚRGICA CON EDEMA BILATERAL DE EXTREMIDADES 625

P-969

SHOCK SÉPTICO, PROBABLEMENTE SECUNDARIO A MIOPERICARDITIS. 626

P-970

NEUMONITIS POR METOTREXATO, UNA GRAN DESCONOCIDA CON REPERCUSIÓN MORTAL 626

P-971

PARADA CARDIORRESPIRATORIA POR EMBOLISMO AÉREO IATROGÉNICO. 627

P-972

TROMBOSIS PORTAL TRAS ESPLENECTOMÍA 628

P-973

PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE EPOC. 628

P-974

HERNIA PULMONAR ESPONTÁNEA. 629

P-976

SHOCK ANAFILÁCTICO POR HIDATIDOSIS, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO. 630

P-977

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CON DÍMERO D NEGATIVO 630

P-978

LA RADIOGRAFÍA DIAGNÓSTICA 631

P-979

LA CID DE NUESTRA JEANNE D ARC. 631

P-981

UNA HERNIA DIAFRAGMÁTICA INOCENTE. . . ¡SEPSIS GRAVE! 632



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-982

¡DOCTORA, MI TOS Y FEBRÍCULA NO DESAPARECE! 633

P-983

SÍNDROME DE PARSONAGE-TURNER, UNA CAUSA INFRECUENTE DE ORTOPNEA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS 633

P-984

A PROPÓSITO DE UN CASO DE FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO 634

P-985

LUMBALGIA: UNA PATOLOGÍA AL SERVICIO DE INFECCIOSAS 634

P-986

COMPLICACIÓN GRAVE TRAS ESCLEROSIS VARICES 635

P-987

SÍNCOPE Y MÚLTIPLES TROMBOS 635

P-991

GRIPE A DE EVOLUCION FATAL EN PACIENTE SIN FACTORES DE RIESGO 636

P-992

A PROPÓSITO DE UN CASO: BULLA PULMONAR GIGANTE SOBREINFECTADA 636

P-993

TENGO LA MANO FRÍA Y AZUL 637

P-994

DE UNA NEUMONÍA A LA UCI: COMPLICACIÓN INESPERADA 637

P-995

DOLOR LUMBAR Y FIEBRE 638

P-996

DEBUT DE TUBERCULOSIS CON PERFORACIÓN YEYUNAL SECUNDARIA A AFECTACIÓN INTESTINAL 638

P-997

ESTE DOLOR ME VA A MATAR. 639

P-998

¡ME DUELE TODO! 639

P-999

DERRAME PLEURAL COMO HALLAZGO CASUAL. 640

P-1001

NEUMOTÓRAX ASOCIADO A ACUPUNTURA 640

P-1002

CISTITIS ENFISEMATOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO. 641

P-1003

¡CUIDADO! NO TODO ES LO QUE PARECE 641

P-1004

PROTOCOLO Y URGENCIAS: ALIANZA CONTRA LA BATALLA SÉPTICA 642

P-1005

CASO CONFIRMADO DE ENCEFALITIS RÁBICA 642

P-1006

BACTERIEMIAS FULMINANTES. LISTERIOSIS AGUDA. 643

P-1009

ICTUS ISQUÉMICO TROMBOEMBÓLICO DE LA ARTERIA BASILAR. 643



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-1010

SÍNDROME DE PAGET-SCHROETTER. 644

P-1011

SÍNDROME DE LA BOLSA DE ORINA PÚRPURA. 644

P-1012

LA SORPRESA DE LA SELVA PERUANA 645

P-1013

SHOCK SÉPTICO BACTERIÉMICO POR LISTERIA MONOCYTOGENES EN CONTEXTO DE INMUNODEPRESIÓN POR AZATIOPRINA. 645

P-1014

MEDIASTINITIS COMO COMPLICACIÓN DE ABSCESO CERVICAL 646

P-1015

SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO EN SU FORMA MÁS CATASTRÓFICA DE PRESENTACIÓN 646

P-1018

SHOCK SÉPTICO ESTAFILOCÓCICO. PIOMIOSITIS CERVICAL. SÍNDROME DE LA PIEL ESCALDADA ESTAFILOCÓCICA. HIPERSENSIBILIDAD A ANISAKIS 647

P-1019

¿INSUFICIENCIA CARDIACA? 647

P-1020

SEPSIS DE ORIGEN DESCONOCIDO 648

P-1021

CUANDO EL REMEDIO ES PEOR QUE LA ENFERMEDAD . . . 649

P-1022

A PROPÓSITO DE UN CASO: PIOMIOSITIS EN MÚSCULO ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO. 649

P-1023

DOLOR ABDOMINAL, EL SÍNTOMA EQUIVOCADO 650

P-1024

NEUMONÍA NEUMOCÓCICA ABSCESIFICADA 650

P-1025

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DIAGNOSTICADO EN URGENCIAS EN PACIENTE QUE CONSULTA POR ASTENIA 651

P-1026

BUCEAR ENTRE LA ENCEFALITIS 651

P-1027

TROMBOSIS DE HEMANGIOMA PALMAR. COMPLICACIÓN INUSUAL DE TRATAMIENTO DE FERTILIDAD 652

P-1028

ISQUEMIA ARTERIAL POSTRAUMÁTICA EN MIEMBRO SUPERIOR. 652

P-1029

VIRULENCIA DEL VIRUS INFLUENZA A EN UN PACIENTE JOVEN 653

P-1030

ISQUEMIA AGUDA DE MIEMBRO SUPERIOR 653

P-1031

NO TODO ES LO QUE PARECE. LA IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA. 654

P-1032

ENFERMEDADES TROPICALES ASENTADAS EN ESPAÑA . . . 654

P-1033

DOCTOR, SE ME HAN HINCHADO LAS PIERNAS. 655



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-1034

CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO CON REPERCUSIÓN CLÍNICA URGENTE. 655

P-1035

COMPLICACIÓN EN BOMBA DE INFUSIÓN DE ANALGESIA, ¿VUELVO A TENER DOLOR! 656

P-1037

UN CASO INUSUAL DE CÓLICO RENOURETERAL. 656

P-1038

UNA SINUSITIS INUSUAL 657

P-1039

SÍNDROME DEL DEDO AZUL. 657

P-1040

MIASIS FORUNCULOIDE POR DERMATOBIA HOMINIS 658

P-1041

CÓDIGO ICTUS EN VARÓN JOVEN CON PRONÓSTICO INFAUSTO A PESAR DE TRATAMIENTO TROMBOLÍTICO . . . 658

P-1042

CELULITIS NASAL: INFECCIÓN DE ALTO RIESGO. TROMBOSIS SÉPTICA DEL SENO CAVERNOSO 659

P-1043

AVC ISQUÉMICO COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE ENCEFALITIS POR VIRUS VARICELA ZÓSTER. 659

P-1044

DOCTORA ¿NECESITA TANTAS PRUEBAS PARA MI DIAGNÓSTICO? 660

P-1045

EPIGASTRALGIA EN PACIENTE CON ANEMIA DE FANCONI. 660

P-1046

CIANOSIS EN BRAZO, UNA TROMBOSIS MULTIFACTORIAL EN URGENCIAS. 661

P-1047

DIVERTÍCULO TRAQUEAL COMO CAUSA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS DE REPETICIÓN Y DISFONÍA 661

P-1048

¿NO TODO ES LO QUE SE VE? ENFISEMA SUBCUTÁNEO 662

P-1049

DIARREA CRÓNICA COMO DEBUT DE UN SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA 662

P-1050

¿QUIÉN DA MÁS?: LESIONES CUTÁNEAS Y FIEBRE EN UNA PACIENTE INMUNODEPRIMIDA. 663

P-1051

NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO: PREVENIR RECIDIVAS. . . . 663

P-1052

ESTO NO ES LO QUE PARECE. 664

P-1053

AL BORDE DEL FALLECIMIENTO. NEUMONÍA DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA 664

P-1054

UN DIAGNÓSTICO RARO: NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO. 665

P-1055

SIN FACTORES DE RIESGO 666

P-1056

ALIMENTOS QUE MATAN. 666



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-1057

FASCITIS NECROTIZANTES **VS.** VASCULITIS NECROTIZANTE CON DESENLAJE FATAL. 667

P-1058

AL AUREUS NO LE HACEN FALTA RESISTENCIAS 667

P-1059

INFARTO ESPLÉNICO COMO DEBUT DE UNA FIBRILACIÓN AURICULAR 668

P-1060

MATAR DOS PÁJAROS DE UN TIRO 668

P-1061

LITIASIS VESICAL GIGANTE 669

P-1062

LEIOMIOMA PULMONAR: TUMOR PRIMARIO O METÁSTASIS A DISTANCIA 669

P-1063

HIDATIDOSIS PULMONAR. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO 670

P-1064

HEMOPTISIS, NO SIEMPRE ES LO QUE PARECE 670

P-1065

EDEMA EN ESCLAVINA EN PACIENTE CON CÁNCER DE PULMÓN 671

P-1066

TROMBOEMBOLISMO DE VENA RENAL. 671

P-1067

TROMBOSIS PARCIAL DE CUERPO CAVERNOSO ESPONTÁNEA 672

P-1068

DOCTORA, ÉSTA NO ES MI VOZ 672

P-1069

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ISQUEMIA INTESTINAL EN PACIENTE PORTADORA DE FACTOR V DE LEIDEN 673

P-1070

TENGO UN CATARRO QUE NO ME DEJA RESPIRAR 673

P-1071

SEPSIS: IMPORTANCIA DE REALIZAR UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL AMPLIO EN URGENCIAS EN PACIENTE CON INMUNOSUPRESIÓN GRAVE 674

P-1072

HEMONEUMOTÓRAX IATROGÉNICO 674

P-1073

ANEMIA HEMOLÍTICA QUE DEBUTA COMO TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA. 675

P-1074

MENINGOCOCEMIA CRÓNICA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO. 675

P-1075

FRACASO RENAL AGUDO EN PACIENTE CON **FUNGUS BALL** BILATERAL 676

P-1076

ODINOFAGIA CON FIEBRE NO SIEMPRE SON ANGINAS. . . 677

P-1077

COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD DE VERNEUIL. . . 677

P-1078

TROMBOSIS PRÓTESIS MITRAL 678



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-1079

TROMBOSIS PULMONAR TUMORAL678

P-1080

NEUMONÍA EOSINOFÍLICA AGUDA679

P-1081

SÍNDROME DEL DESFILADERO TORÁCICO679

P-1082

DOCTORA, A MÍ ME DUELE LA ESPALDA680

P-1083

SÍNDROME DE LEMIERRE, A PROPÓSITO DE UN CASO . . .680

P-1084

FIEBRE PROLONGADA EN AMBIENTE RURAL681

P-1085

MÁS ALLÁ DEL DOLOR COSTAL681

P-1086

DOLOR LUMBAR EN PACIENTE CON NECROSIS AVASCULAR DE CADERA.682

P-1087

DOCTORA, **AM TUSE SI FEBRA**
(¡DOCTORA, TENGO TOS Y FIEBRE!).682

P-1088

ARTRALGIAS EN URGENCIAS. UN DESENLACE ATÍPICO . . .683

P-1089

DISNEA EN PACIENTE GESTANTE: IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO PRECOZ683

P-1090

ESTE DOLOR ME ESTÁ MATANDO684

P-1091

A PROPÓSITO DE UN CASO DE DISNEA684

P-1092

FIEBRE EN *VISITING FRIENDS AND RELATIVES*685

P-1093

ARTRITIS SÉPTICA ESTERNOCLAVICULAR... UNA LOCALIZACIÓN INUSUAL... A PARTIR DE UN CASO685

P-1095

TEP MASIVO BILATERAL: MENTIRA O VERDAD686

P-1096

SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO DIAGNOSTICADO EN URGENCIAS SECUNDARIO A CUADRO SÉPTICO DE ORIGEN INTESTINAL686

P-1097

A PROPÓSITO DE UN CASO:
TRATAMIENTO DEL EMBOLISMO PARADÓJICO.687

P-1098

EMBOLO GRASO SEVERO TRAS FRACTURA DE TIBIA . . .687

P-1099

¿ES SÓLO UN DOLOR FARÍNGEO?688

P-1100

HAY QUE DESCARTAR SIEMPRE LO MÁS GRAVE.688

P-1102

UNA NEUMONÍA VÍRICA689



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-1103

CUANDO MENOS TE LO ESPERAS, LAS COSAS CAMBIAN... 689

P-1104

MUJER CON SÍNDROME CONSTITUCIONAL E INFILTRADO PULMONAR... 690

P-1105

ESTUDIO DE UNA NEUMONÍA NECROTIZANTE... 690

P-1106

CRIPTOCOCOCIS PULMONAR EN PACIENTE INMUNOCOMPETE... 691

P-1107

HEMATURIA, FIEBRE Y CEFALÉA TRAS REGRESO DE ASIA... 691

P-1108

INFARTO CEREBRAL CARDIOEMBÓLICO POR ENDOCARDITIS SOBRE VÁLVULA NATIVA POR STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS... 692

P-1109

MIOCARDITIS AGUDA VIRAL... 693

P-1110

DESPISTAJE TRAS UN SÍNCOPE... 693

P-1111

ENDOCARDITIS POR ENTEROCOCCO FAECALIS EN PACIENTE ALÉRGICA A CLOXACILINA... 694

P-1112

¿CÓDIGO ICTUS?... 694

P-1113

DE OTITIS A MENINGITIS... 695

P-1114

SEPSIS DETRÁS DE UNA LUMBALGIA... 695

P-1115

PARA ENCONTRAR LA CAUSA, HAY QUE PENSAR ANTES EN ELLA... 696

P-1116

¿LA SEGUNDA JUVENTUD EXISTE?... 696

A-1117

SÍNDROME FEBRIL TRAS VIAJE... 697

A-1118

GRIPE A CON DESENLACE INESPERADO... 697

A-1119

DOCTOR, ES UN SIMPLE CATARRO... 698

A-1120

HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO... 698

A-1121

DOCTOR, MI MADRE NO PUEDE ABRIR LOS OJOS... 699

A-1122

SINUSITIS AGUDA CON DESENLACE FATAL... 699

A-1123

TENGO ALERGIA AL NOLOTIL. TROMBOSIS TUMORAL DE LA VENA CAVA SUPERIOR... 700

A-1124

NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO RECURRENTE: UNA MANIFESTACIÓN CLÍNICA CLAVE PARA LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA DE LA LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS... 700



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

A-1125

MANEJO DE LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ
EN EL PACIENTE CON EPOC701

A-1126

ABSCESO CEREBRAL POR NOCARDIA PULMONAR701

A-1127

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN RELACIÓN CON
ANTICONCEPCIÓN HORMONAL ORAL702

A-1128

ABSCESO PULMONAR SECUNDARIO A CARCINOMA
NEUROENDOCRINO DE ESÓFAGO702

A-1129

DOLOR ABDOMINAL: LA IMPORTANCIA DE LOS
HEMOCULTIVOS703

A-1130

ABSCESO HEPÁTICO COMO CAUSA POCO PROBABLE DE
SÍNDROME FEBRIL703

A-1131

NEUMOMEDIASTINO DIAGNOSTICADO EN URGENCIAS
HOSPITALARIAS704

A-1132

SALTÁNDONOS LOS PASOS... ¿PUEDE HABER RESPIRACIÓN
ABDOMINAL PARADÓJICA SIN TIRAJE INTERCOSTAL PREVIO? A
PARTIR DE UN CASO705

A-1133

BRONCONEUMONÍA ABSCESIFICADA EN ENFISEMA BULLOSO
PULMONAR.....705

A-1134

UNA CAUSA DE HEMORRAGIA GRAVE MUY POCO
FRECUENTE, ¿DEBERÍAMOS TENERLA PRESENTE?.....706

A-1135

PULMÓN BLANCO EN PACIENTE JOVEN: IMPORTANCIA DE
LAS PRUEBAS DE IMAGEN706

A-1136

LA FIEBRE QUEBRANTAHUESOS: PRIMER CASO DE
CHINKUNGUNYA EN GRAN CANARIA.....707

A-1137

SÓLO TENGO FIEBRE POR LA TARDE.....707

A-1138

HEMATOMAS ESPONTÁNEOS MUSCULARES.
¿ESTÁ INDICADA LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA?.....708

A-1139

EMERGENCIA HIPERTENSIVA COMO PRIMERA
MANIFESTACIÓN DE LUPUS708

A-1140

SÍNDROME CONSTITUCIONAL COMO MODO DE
PRESENTACIÓN DE NEUMOPATÍA INTERSTICIAL DIFUSA. . .709

A-1141

GASTROENTERITIS Y MENINGITIS, A PROPÓSITO
DE UN CASO709

A-1142

HIDRONEUMOTÓRAX TRAS COLOCACIÓN DE SONDA
NASOGÁSTRICA EN ANCIANO. CASO CLÍNICO710

A-1143

REPOSO RELATIVO.....710

A-1144

DOCTOR, QUÉ ME PASA EN EL CUELLO711

A-1146

NO ERA LA NEUMONÍA.....711



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

A-1147

DIAGNÓSTICO DE SARCOIDOSIS EN URGENCIAS EN PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO PLEURÍTICO712

A-1148

FIEBRE BOTONOSA: DEL SÍNTOMA AL DIAGNÓSTICO ...712

A-1149

NEUMONÍA QUE NO MEJORA CON TRATAMIENTO HABITUAL713

A-1150

CEFALEA COMO SÍNTOMA PREMONITORIO DE ICTUS ARTERIA VERTEBRAL, ¿DUELEN LOS ICTUS?713

A-1151

MENINGITIS DE REPETICIÓN CAUSADA POR SINUSITIS AGUDA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE714

A-1152

PALUDISMO Y COMORBILIDAD. UN VIAJERO CON EQUIPAJE714

A-1153

NO TODAS LAS LESIONES CUTÁNEAS SON LO QUE PARECEN715

A-1154

NEUTROPENIA FEBRIL.715

A-1155

LAS ESCALAS SÓLO AYUDAN.716

A-1156

ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA BILATERAL DE MMII716

A-1157

CEFALEA Y EMBARAZO, LA IMPORTANCIA DE UN BUEN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL717

A-1158

VIRUS INFLUENZA A (H1N1) COMO CAUSA DE NEUMONÍA COMUNITARIA GRAVE717

A-1159

TRUE BLOOD718

A-1160

FIEBRE ONDULANTE Y LUMBALGIA718

A-1161

CERVICALGIA Y DOLOR TORÁCICO719

A-1162

NEUMONÍA ABSCESIFICANTE PULMONAR719

A-1163

¡NO TODO ES MOCO!720

A-1164

INFECCIÓN RESPIRATORIA PERSISTENTE720

A-1165

EL FALSO EPOC AGUDIZADO721

A-1166

NEUMONÍA ORGANIZADA CRIPTOGÉNICA721

A-1167

SEPSIS URINARIA SECUNDARIA A HERNIA DE PARED VESICAL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.722

A-1168

HEPATITIS B AGUDA EN URGENCIAS722

A-1169

LESIONES CUTÁNEAS Y DOLOR ARTICULAR.723



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

A-1170

SEPTICEMIA SIN FIEBRE COMO PRESENTACIÓN
DE UNA GRIPE A723

A-1171

LATIDOS ABDOMINALES... ¿QUÉ SON?724

A-1172

DOLOR ABDOMINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO724

A-1173

ABSCESO CEREBRAL COMO CAUSA DE CEFALEA PERSISTENTE.
A PROPÓSITO DE UN CASO.725

A-1174

DOCTOR, NO SE ME PASA EL DOLOR DE CABEZA.725

A-1175

BOTULISMO, A PROPÓSITO DE UN CASO.726

A-1176

GRIPE A: MÁS ALLÁ DEL CUADRO RESPIRATORIO.726

A-1177

POLITRAUMATIZADO EN URGENCIAS POR UN TEP727

A-1178

MANEJO DEL NEUMOTÓRAX. A PROPÓSITO DE UN CASO ..727

A-1179

HIPOSENSIÓN EN PACIENTE ANTICOAGULADO CON
ACENOCUMAROL... A PROPÓSITO DE UN CASO728

A-1180

LA IMPORTANCIA DE LA CLÍNICA DEL PACIENTE, ANTE
HALLAZGOS EXPLORATORIOS INESPECÍFICOS.728

A-1181

AQUELLO QUE LA NEUMONÍA ESCONDÍA.....729

A-1182

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE LOCALIZACIÓN
INFRECIENTE729

A-1185

DOLOR PLEURÍTICO CON NEUMONÍA NECROTIZANTE . . .730

A-1186

CONTINUÓ DISÁRTRICA730

A-1187

TUBERCULOSIS INTESTINAL. UN RETO DIAGNÓSTICO. . . .731

A-1188

POR UN MUNDO LIBRE DE MALARIA.731

A-1189

INFARTO ESPLÉNICO COMO PRIMER EVENTO EMBÓLICO EN
PACIENTE ASINTOMÁTICO CON FIBRILACIÓN AURICULAR DE
CRONOLOGÍA INCIERTA732

A-1191

ANEMIA HEMOLÍTICA SEVERA POR CRIOAGLUTININAS
EN NEUMONÍA POR MYCOPLASMA.732

A-1192

SÍNDROME DE CADASIL.733

A-1193

OTRAS CARAS DE LA ANSIEDAD.733

A-1194

PACIENTE CON FIEBRE: ENDOCARDITIS INFECCIOSA . . .734



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

A-1195

EJERCICIO FÍSICO Y TROMBOSIS. UN CASO DE SÍNDROME DE DESFILADERO TORÁCICO734

A-1197

ME AHOGO Y TIEMBLO735

A-1198

CUANDO EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR SÍ ES LO QUE PARECE735

A-1199

MENINGITIS OTÓGENA EN EL ADULTO736

A-1200

SÍNDROME DE TIETZE: NO SIEMPRE ES UNA SIMPLE INFLAMACIÓN737

A-1201

TOXOPLASMOSIS CEREBRAL EN PACIENTE VIH +737

A-1202

PACIENTE CON SINUSITIS Y DIPLOPÍA.738

A-1203

NO ERA UN SIMPLE RESFRIADO738

A-1204

ENCEFALITIS HERPÉTICA: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ739

A-1205

EL VIRUS LLEGÓ A ESPAÑA.739

A-1206

A PROPÓSITO DE UN CASO: NEUMONÍA NECROTIZANTE740

A-1207

FIBROSIS PULMONAR IATROGENA741

A-1208

DOCTORA, TENGO SANGRE EN LA BOCA741

A-1209

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR Y CARCINOMA GÁSTRICO SANGRANTE742

A-1210

HIDRONEUMOTÓRAX COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ENFISEMA742

P-1217

CONSECUENCIAS DE LA MALABSORCIÓN743

P-1223

ENCEFALOPATÍA AGUDA REVERSIBLE: ¿L-CARNITINA RESPONSABLE?743

P-1224

PACIENTE CON FOCALIDAD MOTORA UNILATERAL Y LESIÓN HEMORRÁGICA EN LA PRUEBA DE IMAGEN Y... ERA UN SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ744

P-1225

TETANIA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE PANCREATITIS AGUDA744

P-1226

LO QUE SE ESCONDE DETRÁS DE UN DOLOR ABDOMINAL INESPECÍFICO745

P-1227

PACIENTE DE 80 AÑOS CANDIDATO PARA ACTIVACIÓN DE CÓDIGO ICTUS, PATOLOGÍA FRECUENTE EN URGENCIAS, ¿SE TRATA DE UN ACV ISQUÉMICO REALMENTE?745



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-1228

SÍNDROME DE SWEET, UN RETO DIAGNÓSTICO
EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS746

P-1229

HEPATITIS, ANTICUERPOS Y MENTIRAS746

P-1230

SÍNDROME DE CAPLAN, A PROPÓSITO DE UN CASO
EN URGENCIAS.....747

P-1231

CIEGOS QUE VEN: SÍNDROME DE CHARLES BONNET
EN URGENCIAS.....747

P-1232

DEBILIDAD MUSCULAR DE CAUSA INUSUAL748

P-1234

AFASIA DE CONDUCCIÓN EN PACIENTE
CON DISECCIÓN BILATERAL DE CARÓTIDAS
POR HIPEREXTENSIÓN CERVICAL748

P-1235

PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR EN CARTÍLAGO CRICOIDES:
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO EN PACIENTE CON DISNEA Y
ESTRIDOR DE 3 MESES DE EVOLUCIÓN.....749

P-1236

ATENCIÓN EN URGENCIAS AL PACIENTE ADULTO
CON SÍNDROME DE DOWN750

P-1237

DULCE ABDOMEN AGUDO750

P-1238

SÍNDROME DE ATRAPAMIENTO DEL NERVO CUTÁNEO
ABDOMINAL751

P-1239

HIPOMAGNESEMIA AGUDA GRAVE POR OMEPRAZOL ...751

P-1242

¿DOCTOR, QUÉ ME OCURRE? NO ME PUEDO LEVANTAR. ...752

P-1243

PTOSIS PALPEBRAL Y EPIXTASIS. UNA PRESENTACIÓN INUSUAL
DE ANEURISMA CEREBRAL752

P-1244

¿DÓNDE ESTÁN MIS NEUTRÓFILOS?.....753

P-1245

DÉFICIT DE VITAMINA D COMO CAUSA
DE DESORIENTACIÓN753

P-1246

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA Y DIFICULTAD
EN SU SOSPECHA DIAGNÓSTICA754

P-1248

PARÁLISIS DEL RECTO LATERAL
CON ENDOFORIA ALTERNANTE.....754

P-1249

PARAPARESIA SECUNDARIA A HEMATOMA EPIDURAL DORSAL
POR FRACTURA VERTEBRAL.....755

P-1250

HIPOESTESIA Y PARESTESIAS PROGRESIVAS:
LA IMPORTANCIA DE LA NEUROIMAGEN755

P-1251

HIDRONEUMOTÓRAX IZQUIERDO MASIVO EN RELACIÓN
CON FÍSTULA ESOFÁGICA (SÍNDROME DE BOERHAAVE) ..756

P-1252

LAS TEMIBLES CONSECUENCIAS DE UNA FRACTURA ...756



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-1253

EL CALDO DE CULTIVO PERFECTO PARA UNA PANCREATITIS757

P-1254

ENFERMEDAD DE CAROLI EN URGENCIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO.757

P-1255

DOCTOR, SE ME CAE EL PÁRPADO758

P-1256

PATOLOGÍA AÓRTICA, CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN URGENCIAS758

P-1257

SÍNDROME DE MILLER FISHER759

P-1258

PACIENTE CON SIADH COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO.....759

P-1259

FIBRINOLISIS EN TROMBOSIS DE ARTERIA HUMERAL EN URGENCIAS.760

P-1260

ABDOMINALGIAS QUE DAN LA CARA PARA INTOXICACIONES POR METFORMINA760

P-1261

DOLOR INTENSO EN EXTREMIDADES INFERIORES COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA761

P-1262

ICTUS *VERSUS* NEUROPATÍA EN URGENCIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO.761

P-1263

CRISIS COMICIALES DURANTE EL SUEÑO EN PACIENTE OBESO.762

P-1264

¡SOCORRO! ¡NO PUEDO MOVERME!762

P-1265

PARADA EN TRIAJE.763

P-1266

MIGRACIÓN DE LA PROTÉSIS BILIAR763

P-1267

OJO CON LA METFORMINA.764

P-1268

VARÓN CON LESIONES CUTÁNEAS Y EDEMAS GENERALIZADOS.765

A-1269

ESTALLIDO OCULAR765

A-1270

DOLOR ABDOMINAL DE ORIGEN ISQUÉMICO766

A-1271

LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO PRECOZ.....766

A-1272

PARAPLEJÍA AGUDA767

A-1273

IMPACTACIÓN ALIMENTARIA EN PACIENTES JÓVENES... ¿LA PRIMERA PISTA PARA LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA? . .767



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

A-1274

PANCREATITIS AGUDA SECUNDARIA
A HIPERTRIGLICERIDEMIA768

A-1276

ICTUS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN
DE UNA NEOPLASIA, A PROPÓSITO DE UN CASO768

A-1277

HEMIPLEJÍA EN EL PACIENTE ANCIANO769

A-1278

HEMORRAGIA CEREBRAL MASIVA
EN LA ADOLESCENCIA769

A-1279

HEMOPTISIS TRAS FIBRINOLISIS EN ICTUS EN PACIENTE
CON RECIENTE TRATAMIENTO CON TICAGRELOR770

A-1280

CUADRO FEBRIL DE ORIGEN NO INFECCIOSO770

A-1281

UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE PANCREATITIS771

A-1282

ISQUEMIA RENAL COMO CAUSA DE DOLOR
LUMBAR RESISTENTE A TRATAMIENTO. A PROPÓSITO
DE UN CASO771

A-1284

PATOLOGÍA DE LA GLÁNDULA SUPRARRENAL, UN MOTIVO DE
CONSULTA DE DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS.772

A-1285

LO QUE EL PESCADO ESCONDE.772

A-1286

VÓLVULO DE CIEGO773

A-1287

DOLOR LUMBAR Y ABDOMINAL PERSISTENTE
E INVALIDANTE Y CÁNCER DE COLON773

A-1288

CETOACIDOSIS POR UNA CAUSA INFRECUENTE.
A PROPÓSITO DE UN CASO774

P-1289

MANEJO DEL ESTADO HIPERGLUCÉMICO HIPEROSMOLAR
NO CETÓSICO Y EL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
AGUDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS774

P-1297

CUANDO LA SUEROTERAPIA ES VITAL775

P-1300

GASTROENTERITIS HACIA UNA SEPSIS775

P-1305

SEPSIS POR *CLOSTRIDIUM PERFRINGENS*.
ANEMIA HEMOLÍTICA776

P-1318

ANEMIA HEMOLÍTICA. SEPSIS
POR *CLOSTRIDIUM PERFRINGENS*.776

P-1326

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UN GUILLAIN-BARRÉ777

P-1329

ACIDOSIS METABÓLICA LÁCTICA Y FRACASO RENAL
AGUDO, ¿EVITABLE EN DIABETES MELLITUS?777

P-1330

DOLOR LUMBAR Y **SHOCK** HIPOVOLÉMICO: UN NUEVO CASO
DE SÍNDROME DE WÜNDERLICH778

P-1336

MI HEMICUERPO IZQUIERDO NO ME OBEDECE778



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-1338

MAREO, INESTABILIDAD Y HEMATOMA ESPONTÁNEO . . . 779

P-1342

DIABETES, LUXACIONES Y MENINGITIS. 779

P-1343

GOLPE DE CALOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 780

P-1344

INFARTOS EN ZONAS ACRAS... OTRA CONSECUENCIA DEL TABACO 780

P-1346

¿OTRA VEZ CON MAREOS? 781

P-1347

ROMBOENCEFALITIS POR LISTERIA 781

P-1348

DIAGNÓSTICO SÚBITO FATAL DE NEOPLASIA PULMONAR INFILTRANTE 782

P-1354

PACIENTE DE 17 AÑOS CON DISTONÍA AGUDA EN EL CONTEXTO DE UN CUADRO VERTIGINOSO 782

P-1355

UN DOLOR ABDOMINAL ATÍPICO 783

P-1357

FOCALIDAD NEUROLÓGICA EN PACIENTE JOVEN 783

P-1358

VÓMITOS EN GESTANTE DE 8 MESES, SÍNTOMA GUÍA DEL SÍNDROME DE HELLP 784

P-1359

EL VALOR DE UNA EXPLORACIÓN EXHAUSTIVA 784

P-1360

URGENCIÓLOGO COMO INTERCONSULTOR EN PLANTA DE GINECOLOGÍA, UN CASO DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE. 785

P-1361

LO QUE LA LUMBALGIA ESCONDE 785

P-1362

¿NO TODO ES LO QUE PARECE? HALLAZGO CASUAL DE UNA LOE CEREBRAL 786

P-1363

ACTUACIÓN EN URGENCIAS ANTE UN PACIENTE CON DOLOR DE ESPALDA 786

P-1364

COMPRESIÓN MEDULAR EN UN NIÑO DE 8 AÑOS 787

P-1366

LO QUE EL SÍNTOMA MÁS BANAL ESCONDE 787

P-1367

SORPRENDENTE COMPLICACIÓN TRAS COLONOSCOPIA 788

P-1368

UNA MAMA SE VIENE ARRIBA 788

P-1370

ROTURA ARTERIAL AGUDA... ¿NUESTRO PEOR ENEMIGO? 789

P-1371

DOCTOR, ¡ME DUELE LA ESPALDA! 789



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-1372

ROTURA DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL790

P-1373

A PENSAR...790

P-1374

ME PESA EL PÁRPADO Y VEO DOBLE791

P-1375

SÍNDROME EMÉTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO791

P-1376

SÍNDROME DE WILKIE O SÍNDROME DE ARTERIA
MESENTÉRICA SUPERIOR792

P-1378

EL HIPERFRECUENTADOR AL QUE TODO LE DOLÍA QUE
FALLECIÓ SIN DOLOR. UNA NEOPLASIA INESPERADA . . .792

P-1379

GUILLAIN-BARRÉ FULMINANTE, LA PRESENTACIÓN ATÍPICA
DE UN CASO793

P-1380

ELEVACIÓN DE PCR Y PCT EN UN CASO DE INTOXICACIÓN
POR SETAS793

P-1381

VÉRTIGO Y NISTAGMO794

P-1382

EDEMA FACIAL COMO PRESENTACIÓN DE UN CASO
DE CARCINOMA PULMÓN.794

P-1383

RED FLAGS EN LA LUMBALGIA795

P-1384

UNA TRÁGICA MUDANZA795

P-1388

DORSALGIA REFRACTARIA796

P-1389

MANO TORPE: UN SÍNTOMA TRANSITORIO QUE
VALE POR TRES.796

P-1390

APOPLEJÍA HIPOFISARIA: A PESAR DE TODO EL PACIENTE
SIEMPRE DICE LA VERDAD797

P-1391

FALLO HEPÁTICO FULMINANTE POR INTOXICACIÓN CON
PARACETAMOL798

P-1393

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA798

P-1395

¡DOCTOR, NO VEO NADA!799

P-1396

¡DOCTOR, MI ORINA ES MUY OSCURA!799

P-1397

SÍNDROME RENOPULMONAR800

P-1398

BLUMBERG POSITIVO: FIEBRE Y SENTIDO COMÚN800

P-1399

SÍNDROME DEL CASCANUECES.
A PROPÓSITO DE UN CASO.801



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-1400

DOLOR ABDOMINAL Y HOMEOPATÍA 801

P-1401

LA IMPORTANCIA DE LA OBSERVACIÓN
DE LOS PACIENTES. 802

P-1402

COXALGIA ATÍPICA EN URGENCIAS: ABSCESO
DE PSOAS ILÍACO COMO COMPLICACIÓN
DE LITIASIS CORALIFORME 802

P-1403

HIPONATREMIA GRAVE, INSUFICIENCIA CARDIACA Y ANURIA:
¿CONTRAINDICACIÓN DE DIÁLISIS URGENTE? 803

P-1404

CAUSA INFRECIENTE DE EDEMA DE MIEMBRO INFERIOR . . . 803

P-1405

GANGLIONEUROMA MADURO RETROPERITONEAL
EN UN NIÑO 804

P-1406

CUANDO PASE EL TEMBLOR 804

P-1407

INFARTOS INSOSPECHADOS 805

P-1408

DÉFICIT VISUAL, NO SIEMPRE ES PATOLOGÍA OCULAR. . . . 805

P-1409

RADICULOPATÍA MOTORA GRAVE TRAS ACCIDENTE
EN MOTO ACUÁTICA 806

P-1410

TIROIDITIS SUBAGUDA 806

P-1411

SÍNDROME CONFUSIONAL EN MUJER DE 33 AÑOS 807

P-1412

HIPERTENSIÓN GESTACIONAL: ¿SEGUIMIENTO? 807

P-1413

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO Y ANTICOAGULACIÓN:
MÁS ALLÁ DE LA HEMORRAGIA 808

P-1414

UN EXTRAÑO COMA. 809

P-1415

DOCTORA, ¡NECESITO AZÚCAR! 809

P-1416

FÍSTULA AORTOESOFÁGICA PRIMARIA,
PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO 810

P-1418

DOCTORA, NO ME PUEDO LEVANTAR 811

P-1419

SE ME DUERME EL CUERPO, ¿QUÉ ME ESTÁ PASANDO? . . 811

P-1420

¡QUÉ TENSIÓN! 812

P-1421

CEFALEA TRAS ESFUERZO. 813

P-1422

¿CONVERSIÓN O NO CONVERSIÓN? 813

P-1424

LUMBALGIA CON DESENLACE FATAL. 814



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-1425

ACORDARSE DE LA MEDICACIÓN ES IMPORTANTE 814

P-1426

DE LA NECROSIS DIGITAL A LA ESCLERODERMIA SÍSTEMICA EN UNA MISMA CONSULTA DE URGENCIAS 815

P-1429

ROTURA ATRAUMÁTICA DE BAZO NORMAL DEBIDA A TOS INTENSA: RARO, PERO POSIBLE 815

P-1431

VENGO CON UN DOLOR DE CABEZA.... 816

P-1432

EDEMA INSULÍNICO: CAUSA RARA DE EDEMA 816

P-1433

HEMIPARESIA DERECHA EN PACIENTE SOMETIDO A TPH ALOGÉNICO DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS, ¿MISMAS CAUSAS HABITUALES ? 817

P-1434

ESO ES DE LO SUYO 817

P-1435

DOLOR ABDOMINAL Y MANCHAS EN LA PIEL 818

P-1436

MENINGOENCEFALITIS ASÉPTICA TRAS ANESTESIA RAQUÍDEA 818

P-1437

CAUSA INFRECIENTE DE AFONÍA 819

P-1438

SÍNDROME DE RAMSAY-HUNT COMO CAUSA DE CEFALEA EN URGENCIAS 819

P-1439

ENCEFALOPATÍA HIPERAMONÉMICA INDUCIDA POR EL USO DE ÁCIDO VALPROICO 820

P-1440

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO 820

P-1441

MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS EN SÍNDROMES CARENCIALES: A PROPÓSITO DE UN CASO 821

P-1442

SINTOMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA AGUDA EN PACIENTES CON ICTUS HEMORRÁGICO TALÁMICO 821

P-1443

DOLOR ABDOMINAL, ¡APENDAGITIS! 822

P-1444

MI MARIDO NO ES EL MISMO. COMPORTAMIENTOS ANORMALES EN URGENCIAS 822

P-1445

NO SIEMPRE LO FRECUENTE ES EL ORIGEN DEL PROBLEMA 823

P-1446

¡SI YO VINE POR DOLOR COSTAL! 823

P-1447

NO TODO MURPHY POSITIVO ES UNA COLECISTITIS. 824

P-1448

CUANDO LA ANSIEDAD ENSOMBRECE NUESTRO DIAGNÓSTICO.... 824

P-1449

FIEBRE EN EL CONTEXTO DE SÍNDROME PARANEOPLÁSICO. 825



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-1450

INFARTO AGUDO CEREBELOSO EXTENSO IZQUIERDO . . . 826

P-1451

EL DOLOR DE ESPALDA SE ME HA PASADO
AL ESTÓMAGO 826

P-1452

DIABETES INSÍPIDA CENTRAL TRAS TRAUMATISMO
ORBITARIO 827

P-1453

UN PERICARDIO SEDIENTO 827

P-1455

TANTO DEPORTE NO PUEDE SER BUENO.... . 828

P-1456

ME DUELE MUCHO, NO AGUANTO MÁS 828

P-1457

DOCTOR, CREO QUE HE CORRIDO DEMASIADO 829

P-1458

ANEMIA MIXTA EN PACIENTE CON SOSPECHA
DE POLIMIALGIA REUMÁTICA 829

P-1459

CETOACIDOSIS DIABÉTICA POR EMPAGLIZFLOZINA 830

P-1460

SÍNDROME NEFRÓTICO EN URGENCIAS 830

P-1461

¿ESCLEROSIS MÚLTIPLE CON RMN NORMAL? 831

P-1462

A PROPÓSITO DE UNA EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA
ALTERADA 831

P-1463

LA UTILIDAD DE LA COCA-COLA 832

P-1464

PARADA RESPIRATORIA EN PACIENTE
CON ICTUS BULBAR. 832

P-1465

¡DOCTOR!, SE ME CIERRA EL OJO. 833

P-1466

ICTERICIA INUSUAL 833

P-1467

DOCTOR, ¿QUÉ ME PASA?. 834

P-1468

UN VÉRTIGO TRAICIONERO:
SÍNDROME DE WALLENBERG 834

P-1469

VÉRTIGO METASTÁSICO 835

P-1470

NEFRITIS INTERSTICIAL AGUDA POR ANTIBIÓTICOS.
A PROPÓSITO DE DOS CASOS. 835

P-1471

SÍNDROME DE SWEET 836

P-1472

ALUCINACIONES DE CORTE URGENTE:
REPORTE DE UN CASO. 836



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-1473

NO TODO ES LO QUE PARECE 837

P-1474

SÍNDROME DE LA ARTERIA DE PERCHERON. 837

P-1475

DOCTOR, ¿PUEDE APAGAR LA RADIO? 838

P-1476

A PROPÓSITO DE UN CASO DE PÉRDIDA SÚBITA
DE LA VISIÓN 838

P-1477

DIAGNÓSTICO DE INFILTRADOS ALVEOLARES
EN URGENCIAS. 839

P-1478

OTRAS CAUSAS DE DOLOR EN FOSA ILÍACA DERECHA:
APENDAGITIS 839

P-1479

SÍNDROME DRESS... ¿CUÁNDO SOSPECHARLO? 840

P-1480

DEMASIADO METAMIZOL PARA
UN CUADRO DE CEFALEA 840

P-1481

GRAN CORAZÓN 841

P-1482

CEFALEA E HIPERTENSIÓN, ¿ALGO MÁS? 841

P-1483

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ POR VACUNA
CONTRA LA INFLUENZA. 842

P-1484

MIGRAÑA HEMIPLÉJICA, A PROPÓSITO DE UN CASO 842

P-1485

A PROPÓSITO DE UNA MASA 843

P-1486

DOLOR TORÁCICO Y GERMINOMA MEDIASTÍNICO 843

P-1487

CAUSA NO FRECUENTE DE OPACIDAD INTESTINAL. 844

P-1488

OMALGIA LEUCOCITARIA. 844

P-1489

ANSELMO: ¡TRATA DE ARRANCARLO, POR DIOS! 845

P-1490

CEFALEA Y SÍNDROME DE HORNER 845

P-1491

LA EXTRAÑA MIRADA. 846

P-1492

ERITEMA NODOSO COMO MANIFESTACIÓN
DE SARCOIDOSIS 846

P-1494

MIEDO A VOLAR 847

P-1495

DECAPSULACIÓN ESPLÉNICA COMO COMPLICACIÓN
DE COLONOSCOPIA 847

P-1496

SÍNDROME CONFUSIONAL: ¿REALIDAD O FICCIÓN? 848



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-1497

OTALGIA EN UNA PACIENTE DIABÉTICA 848

P-1498

DEBILIDAD Y ASTENIA PROGRESIVA, MIOSITIS COMO TRASTORNO INFLAMATORIO EXTRAINTestinal EN ENFERMEDAD DE CROHN 849

P-1499

PORQUÉ NO TODOS LOS CASOS DE DISPEPSIA SON ERGED. A PROPÓSITO DE UN CASO 849

P-1500

RIESGO-BENEFICIO EN EL PACIENTE ANCIANO 850

P-1501

NO TAN GRAVE COMO PARECE EN LA CALLE. 850

P-1502

MALESTAR GENERAL DEBIDO A HIPOPOtASEMIA SINTOMÁTICA EN PACIENTE CON SILLA TURCA VACÍA POSCIRUGÍA 851

P-1503

UN SÍNCOPE CONTROVERTIDO 851

P-1504

DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS. MASA MEDIASTÍNICA (TIMOMA) 852

P-1505

ME DUELE LA GARGANTA Y EL PECHO 852

P-1506

SHOCK ANAFILÁCTICO POR PARACETAMOL DE PRESENTACIÓN ATÍPICA 853

P-1507

LUMBALGIA HIPERFRECIENTADORA 853

P-1508

HIPONATREMIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. 854

P-1509

PANCREATITIS AGUDA: UNA CAUSA POCO FRECUENTE . . 855

P-1510

SÍNDROME DE BRUNS-GARLAND, A PROPÓSITO DE UN CASO 855

P-1511

CRISIS COMICIAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE MENINGITIS 856

P-1512

EDEMA PALPEBRAL CON DIAGNÓSTICO INICIAL ERRÓNEO 856

P-1513

SÍNDROME DEL DEDO AZUL 857

P-1514

VARÓN DE 77 AÑOS CON ASTENIA TRAS UNA CIRUGÍA PROGRAMADA. 857

P-1515

DISELECTROLITEMIA (HIPONATREMIA E HIPOMAGNESEMIA) 858

P-1516

DIPLOPÍA, OTRO RETO 858

P-1517

SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO. A PROPÓSITO DE UN CASO 859

P-1518

ENCEFALITIS POR TERATOMA OVÁRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO. 859



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-1519

HIPOCALCEMIA A CAUSA DE HIPOMAGNESEMIA POR CONSUMO CRÓNICO DE OMEPRAZOL 860

P-1520

MIOCARDITIS SECUNDARIA A PROCESO AUTOINMUNE NO FILIADO 860

A-1521

DOCTOR, ME DUELE LA ESPALDA 861

A-1522

¿UN CUADRO CONFUSIONAL ATÍPICO? 861

A-1523

INTERVENCIÓN EN VARÓN DE 50 AÑOS CON CEFALEA. 862

A-1524

GINGIVORRAGIA EN MUJER JOVEN EN URGENCIA DE TRAUMATOLOGÍA. 862

A-1525

SÍNTOMAS VARIADOS Y DISTINTOS PROBLEMAS 863

A-1526

LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ENMASCARADA POR UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO. 863

A-1527

TROMBOSIS VENOSA PORTAL, CAUSA POCO FRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL 864

A-1528

¿QUÉ OCURRE? NO PUEDO MOVERME 864

A-1529

SÍNDROME DE LERICHE COMO HALLAZGO CASUAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS 865

A-1530

¿QUÉ NERVIIO ME DUELE? 865

A-1531

DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO DE ETIOLOGÍA TUMORAL. ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL ASOCIADO 866

A-1532

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL TRAS INGESTA DE PESCADO . . . 866

A-1533

MI VOZ NO RESPONDE Y AHORA TAMPOCO PUEDO TRAGAR. 867

A-1534

UNA EMERGENCIA NEUROLÓGICA EN VÍA PÚBLICA. 867

A-1535

PERFORACIÓN ESOFÁGICA 868

A-1536

ICTERICIA: DIAGNÓSTICO POR EXCLUSIÓN 868

A-1537

DOLOR ABDOMINAL Y NACOS. UN CASO DE SANGRADO ESPONTÁNEO. 869

A-1538

¡NO BEBER MÁS DE DOS LITROS DE AGUA! 869

A-1539

HALLAZGO INCIDENTAL DE TUMOR TESTICULAR METASTÁSICO EN PACIENTE JOVEN CON DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS AGUDA. 870

A-1540

A PROPÓSITO DE UN CASO: DOLOR ABDOMINAL DIFUSO CONTROLADO CON ANALGESIA HABITUAL COMO PRESENTACIÓN DE ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL EN URGENCIAS. 870



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

A-1541

SÍNDROME DE LA PERSONA RÍGIDA EN URGENCIAS. 871

A-1542

¿QUÉ HAY DETRÁS DE ESTA CEFALEA
CON EXOFTALMOS? 871

A-1543

DISARTRIA DESDE HACE DÍAS Y PÉRDIDA DE ESFÍNTERES . . . 872

A-1544

DEBILIDAD DE MIEMBROS INFERIORES TRAS GASTROENTERITIS
AGUDA. 872

A-1546

PANCRETITIS AGUDA FARMACOLÓGICA, COMPLICACIÓN POR
INGESTA DE CODEÍNA. 873

A-1547

PIENSA MAL Y ACERTARÁS. 873

A-1548

PACIENTE TRASPLANTADO RENAL CON HERPES ZÓSTER
DISEMINADO 874

A-1549

EMERGENCIA HIPERTENSIVA, ANSIEDAD Y TETRAPARESIA . . . 874

A-1550

DISAUTONOMÍA EN LESIÓN MEDULAR. 875

A-1551

CAUSA O EFECTO: SIADH 875

A-1553

¿SÓLO GLUCEMIAS ELEVADAS? 876

A-1554

ROTURA DE ANEURISMA ABDOMINAL INFRARRENAL:
URGENCIA QUE PUEDE ENMASCARARSE 876

A-1555

EMERGENCIAS POSTCOITALES 877

A-1556

DIAGNÓSTICO CASUAL DE GERMINOMA PINEAL
CON PRESENTACIÓN CLÍNICA ATÍPICA 877

A-1557

DOLOR ABDOMINAL COMO DEBUT
DE TUMOR TESTICULAR 878

A-1558

HIDROTÓRAX MASIVO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN
DE CIRROSIS HEPÁTICA 878

A-1559

TRASTORNO CONVERSIVO: EVITEMOS PREJUICIOS. 879

A-1560

MENINGITIS AGUDA EN GESTANTE 879

A-1561

HIPONATREMIA POR ANTIPSICÓTICO 880

A-1562

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA
PROBABLEMENTE ASOCIADA A GLOMERULONEFRITIS
RÁPIDAMENTE PROGRESIVA POSTSTREPTOCÓCICA. 880

A-1563

FUMAR PERJUDICA GRAVEMENTE SU SALUD
Y LA DE LOS DE QUE ESTÁN A SU ALREDEDOR 881

A-1564

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO,
¿UNA REALIDAD O FICCIÓN? 881



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

A-1565

PARKINSON DE DOS SEMANAS DE EVOLUCIÓN. 882

A-1566

SÍNDROME CONFUSIONAL Y DÉFICIT NEUROLÓGICO:
NO SIEMPRE ES ICTUS 882

A-1568

SIMULANDO UNA GASTROENTERITIS 883

A-1570

CEFALEA TRAICIONERA 883

A-1571

SÍNDROME DE MILLER FISHER: OFTALMOPLÉJIA, ATAXIA
SENSITIVA Y ARREFLEXIA UNIVERSAL. 884

A-1572

DIARREA COMO SÍNTOMA SUBYACENTE DE PATOLOGÍA
ORGÁNICA EN PACIENTE PLURIPATOLÓGICO 884

A-1573

UNA MENINGITIS DIFERENTE 885

A-1574

NO SON SIMPLES MAREOS 886

A-1575

REACCIÓN ALÉRGICA RETARDADA A FÁRMACOS
EN URGENCIAS. SÍNDROME DRESS (DRUG RELATED
EOSINOPHYLIA WITH SISTEMIC SYMPTOMS) POR
DEXKETORPOFENO 886

A-1576

EL SÍNDROME DE SWEET. A PROPÓSITO DE UN CASO . . . 887

A-1577

DEMASIADO TIEMPO PARA UNA REACCIÓN ALÉRGICA. . . 887

A-1578

SÍNDROME DE CHARLES BONNET 888

A-1579

CEFALEA TRAS MANIPULACIÓN CERVICAL 889

A-1580

SÍNCOPE ASOCIADO A ALCOHOL 889

A-1582

PANCITOPENIA EN PACIENTE SOMETIDO A TRASPLANTE DE
PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS, ¿TRATAMIENTO SEGÚN
PROTOCOLO? 890

A-1583

CUMPLIENDO PROPÓSITOS DEL AÑO NUEVO 890

A-1585

ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO ICTUS
EN PACIENTE ANCIANO 891

A-1586

¿POR QUÉ SE ME INFLAMAN LOS TESTÍCULOS? 891

A-1587

CAUSA RARA DE DOLOR ABDOMINAL:
VÓLVULO GÁSTRICO 892

A-1588

DISNEA AGUDA CON FALLO RENAL
EN PACIENTE JOVEN 892

A-1589

MUJER DE 65 AÑOS CON ALTERACIÓN
DE LA SENSIBILIDAD 893

A-1590

INSUFICIENCIA SUPRARRENAL:
A PROPÓSITO DE UN CASO. 893



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

A-1591

PACIENTE DE 18 AÑOS CON BULTOMA INGUINAL,
A PROPÓSITO DE UN CASO. 894

A-1593

INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA GRAVE,
¿UNA URGENCIA? 894

A-1594

CRISIS ADDISONIANA EN URGENCIAS.
A PROPÓSITO DE UN CASO. 895

A-1595

LA IMPORTANCIA DEL BALANCE. 895

A-1596

QUÉ BIEN HUELE 896

A-1597

VARÓN DE 45 AÑOS CON FIEBRE Y VÓMITOS. 896

A-1598

DOLOR ABDOMINAL, ¿INESPECÍFICO? 897

A-1599

LUMBALGIA: TESTIGO DE CARGO. 898

A-1600

ALGO MÁS QUE UNA CEFALEA TENSIONAL 898

A-1601

TENGO ANTECEDENTES DE MIGRAÑA HEMIPLÉJICA CON
AFECTACIÓN VERTEBROBASILAR 899

A-1602

MENINGITIS POR VIRUS VARICELA-ZÓSTER EN PACIENTE
INMUNOCOMPETENTE 899

A-1603

PACIENTE EN ANURIA CON ANEURISMA DE AORTA
ABDOMINAL DISECADO FISTULIZADO 900

A-1604

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POSTQUIMIOTERAPIA EN
PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL 900

A-1605

OJOS QUE NO VEN... 901

A-1606

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LUMBALGIA, A PROPÓSITO DE
UN CASO 901

A-1607

COMPLICACIÓN IATROGÉNICA DE COLONOSCOPIA
URGENTE 902

A-1608

TRATAMIENTO DEL VÓLVULO GÁSTRICO, A PROPÓSITO DE UN
CASO CLÍNICO 902

A-1609

SHOCK HEMORRÁGICO SECUNDARIO A HEMOPERITONEO
NO TRAUMÁTICO 903

A-1610

CAÍDA DE TIEMPO DE EVOLUCIÓN INDETERMINADO 903

A-1611

MENINGISMO POSTRAUMÁTICO 904

A-1612

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UN PROCESO
NEUROLÓGICO. 905

A-1613

CEGUERA UNILATERAL SÚBITA.
¿SE TRATA DE UN ANEURISMA? 905



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

A-1614

DOLOR DE LA FOSA ILÍACA DERECHA. APENDICITIS NO SIEMPRE ES LA RESPUESTA 906

A-1615

DOLOR LUMBAR: IRRITACIÓN MENÍNGEA SECUNDARIA A HEMORRAGIA INTRACRANEAL 906

A-1616

UVÉITIS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE 907

A-1617

ALGO MÁS QUE UNA HIPERGLUCEMIA 907

A-1618

CEFALEA INESPECÍFICA, DEBUT ATÍPICO DE ENFERMEDAD DE MADELUNG. 908

A-1619

DOCTORA, TENGO FATIGA 908

A-1620

PINEOCITOMA CON PRESENTACIÓN CLÍNICA PSIQUIÁTRICA 909

A-1621

DEBUT DIABÉTICO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA 909

A-1622

ENFERMEDAD DE CROHN. PRESENTACIÓN INUSUAL 910

A-1623

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: TUMORES BENIGNOS DEL ESPACIO INTRADURAL EXTRAMEDULAR 910

A-1624

¡¡DOCTOR QUE ME MUERO!! DOLOR ABDOMINAL DE 10 DÍAS DE EVOLUCIÓN. 911

A-1625

DOCTOR, ¿ME ESTARÉ DESCOMPONRIENDO? 912

A-1626

FLEBITIS DE ORIGEN POCO COMÚN 912

A-1627

DOLOR CERVICODORSAL. 913

A-1628

ANGIOEDEMA POR IECA/ARA II 913

A-1629

¿QUÉ VEN MIS OJOS? ¿ORINA AZUL? 914

A-1630

TRASCENDENCIA DE UN CUADRO SINCOPIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO CON HEMIPLEJÍA DERECHA. 914

A-1631

¡QUÉ REPETITIVO ES ESTO!..... 915

A-1632

CONDROSARCOMA COSTAL 915

A-1633

PACIENTE DESHIDRATADA, O NO..... 916

A-1634

LAS APARIENCIAS ENGAÑAN 916

P-1641

LAVADOS VESICALES, ¿ÚNICAMENTE EN LA HEMATURIA? 917



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-1644

PACIENTE CON CRISIS CONVULSIVA POR ENCEFALOPATÍA ANÓXICA SECUNDARIA A INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO 917

P-1653

¿SE TRATA DE UNA REACCIÓN ALÉRGICA? 918

P-1655

SUMISIÓN QUÍMICA POR GHB EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO. 918

P-1658

FIBRILACIÓN AURICULAR SECUNDARIA A MIOCARDITIS POR TÓXICOS 919

P-1659

DISTONÍA FARÍNGEA 920

P-1660

MUCHO OJO CON LOS COLIRIOS 920

P-1661

URGENCIAS DERMATOLÓGICAS POR VECTORES: CÓMO PREVENIRLAS 921

P-1662

FIEBRE. CUANDO NO TODO ES INFECCIOSO. 921

P-1663

YA NO LO HAGO MÁS 922

P-1664

PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA GENERALIZADA AGUDA SECUNDARIO A DILTIAZEM. 922

P-1665

CUANDO EL PROBLEMA EMPIEZA PORQUE LAS CUENTAS NO SALEN... 923

P-1666

USO DE AZUL DE METILENO EN **SHOCK** REFRACTARIO SECUNDARIO A UNA INTOXICACIÓN AGUDA POR CALCIO ANTAGONISTA DIHIDROPIRIDÍNICO 924

P-1668

GASTROPARESIA SECUNDARIA A LA ADMINISTRACIÓN DE INSULINA CON FINES AUTOLÍTICOS 924

P-1669

INTOXICACIÓN POR MAGNESIO AL COMBATIR EL ESTREÑIMIENTO 925

P-1670

CUIDADO CON LAS ESTUFAS DE BUTANO EN LAS HABITACIONES MAL VENTILADAS 926

P-1671

TOXICIDAD 926

P-1672

HEMATOMA SUPRAGLÓTICO ESPONTÁNEO POR SOBREDOSIFICACIÓN DE ACENOCUMAROL 927

P-1673

INTOXICACIÓN POR CLOROQUINA CON FINALIDAD AUTOLÍTICA. 927

P-1675

EL AGUA QUE MATA 928

P-1677

MÁS AFORTUNADO QUE HENRY PURCELL 928

P-1678

EL AMBIENTE ESTABA CARGADO 929

P-1679

EL COÑAC COMO ANTÍDOTO. 929



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-1680

USO DE ANTIGRIPALES. ¿SON INOCUOS? 930

P-1681

UN SÍNDROME DE ABSTINENCIA CONTRA
EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA. 930

P-1682

ERGOTISMO EN PACIENTE VIH. 931

P-1683

NO SÓLO ES UN EXANTEMA. 931

P-1685

NALMEFENO COMO CAUSA DE SÍNDROME
DE ABSTINENCIA. 932

P-1686

ANAFILAXIA POR FÓRMULA DE HIDROLIZADO
DE PROTEÍNAS SÉRICAS. 932

P-1687

ESCOMBROIDOSIS, PATOLOGÍA FRECUENTE
EN URGENCIAS Y POCO DIAGNOSTICADA 933

P-1688

BRONCOESPASMO POR N-ACETILCISTEÍNA EN EL
TRATAMIENTO DE INTOXICACIÓN POR PARACETAMOL . . . 933

P-1690

ELECTROCUCIÓN: COMPLICACIONES MENOS
FRECUENTES 934

P-1691

FARMACO-BEZOAR POR CLOMIPRAMINA 934

P-1692

IMPORTANCIA DE LA CELERIDAD Y DE VALORAR
TODOS LOS DATOS EN POLIINTOXICADOS. 935

P-1693

HEMOPERICARDIO ESPONTÁNEO POR SOBREDOSIFICACIÓN
DE ACENOCUMAROL 935

P-1694

INTOXICACIÓN POR METADONA ¿SÓLO? 936

P-1695

CRISIS CONVULSIVA SECUNDARIA A INTOXICACIÓN
POR PIRETROIDES. 936

P-1696

ESCOMBROIDOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO 937

P-1697

INTOXICACIÓN POR TEJO. DESAFIANDO
AL URGENCIÓLOGO DE GUARDIA 937

P-1698

MIOPERICARDITIS MEDICAMENTOSA 938

P-1699

OLEOMAS BILATERALES RECUERDO DE LA INFANCIA. 938

P-1700

CEGUERA TÓXICA POR METANOL 939

P-1701

SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ: UNA URGENCIA
NEUROLÓGICA 939

P-1702

INTENTO DE AUTOLÍISIS POR QUETIAPINA. 940

P-1703

INTOXICACIÓN AGUDA POR LITIO. 940



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

A-1705

INTOXICACIÓN POR CLORURO DE MAGNESIO 941

A-1706

INGESTA DE ORGANOFOSFORADOS,
¿URGENCIA O EMERGENCIA? 941

A-1708

DOCTOR, ¡ME HE TRAGADO MUCHAS PASTILLAS! 942

A-1709

INTOXICACIÓN MASIVA DIGITÁLICA
CON FINES AUTOLÍTICOS 942

A-1711

ANCIANO CON PRURITO Y LESIONES CUTÁNEAS
TRAS LA TOMA DE ANTIBIÓTICO 943

A-1712

¿BROTE PSICÓTICO EN TRASTORNO BIPOLAR
O ALGO MÁS? 943

A-1713

INTOXICACIÓN POR LITIO, ENTIDAD A TENER
EN CUENTA EN URGENCIAS 944

A-1714

LOS PELIGROS DE LA HUERTA 944

A-1715

SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO 945

A-1717

INTOXICACIÓN VOLUNTARIA POR PRODUCTOS
FITOSANITARIOS 945

A-1719

EL ASESINO SILENCIOSO. INTOXICACIÓN
POR MONÓXIDO DE CARBONO 946

A-1720

TENÍAMOS SED 946

A-1721

ESOFAGITIS POR CÁUSTICOS, ¿PUEDE LA TOMOGRAFÍA
COMPUTERIZADA SUSTITUIR LA ENDOSCOPIA
EN LA EVALUACIÓN DEL DAÑO? 947

A-1722

SOSPECHA DE SUMISIÓN QUÍMICA Y AGRESIÓN SEXUAL EN
UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO:
¿FINAL INESPERADO? 947

A-1723

HIPEREMESIS POR CONSUMO DE CANNABIS 948

A-1724

MANEJO DE UN CASI-AHOGAMIENTO EN UN SERVICIO DE
URGENCIAS 948

A-1725

HIPOTERMIA SEVERA: MANEJO
Y TRATAMIENTO URGENTE 949

A-1726

METAHEMOGLOBINEMIA POR INTOXICACIÓN CON
P-CLOROANILINA. REVISIÓN DE UN CASO ATENDIDO
EN UN SERVICIO DE URGENCIAS 949

P-1729

OZONOTERAPIA LUMBODORSAL, A PROPÓSITO
DE UN CASO DE CEFALEA 950

P-1747

FRACTURA PLURIFOCAL INADVERTIDA DE PELVIS 950

P-1752

HEMOPERITONEO SECUNDARIO A ROTURA
DE ANEURISMA DE ARTERIA ESPLÉNICA 951



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-1754

QUISTE DE OVARIO TORSIONADO 951

P-1755

DOLOR ABDOMINAL E INESTABILIDAD HEMODINÁMICA:
HEMORRAGIA ESPLÉNICA DIFERIDA 952

P-1759

CALCIFICACIÓN HETEROTÓPICA EN HOMBRO
EN PRACTICANTE DE PIRAGÜISMO. 952

P-1760

¡AY, QUÉ DOLOR! 953

P-1761

EPIGASTRALGIA DE ORIGEN VASCULAR 954

P-1763

ABDOMEN AGUDO EN UN FENOTIPO ESPECIAL...
EMPECEMOS EL PUZZLE 954

P-1766

ESCÁPULA ALADA 955

P-1767

DOCTOR, ¿QUÉ TENGO EN EL CUELLO?. 955

P-1768

UNA PIEDRA EN MI CAMINO 956

P-1769

SÍNDROME FEBRIL POR ROTURA DE QUISTE HIDATÍDICO
ABSCESIFICADO 956

P-1770

FRACTURA C1 CON RADIOGRAFÍA NORMAL 957

P-1773

NO SOLO ES UN DOLOR TORÁCICO..... 957

P-1775

NO TODO DOLOR LUMBAR ES LUMBALGIA. 958

P-1777

ENFISEMA SUBCUTÁNEO, SIGNO DE AVISO DE PATOLOGÍA
GRAVE 958

P-1778

LO IMPROBABLE DE UN DIAGNÓSTICO NO LO EXCLUYE
COMO POSIBILIDAD 959

P-1779

RCP EN EMBARAZADA Y CESÁREA URGENTE 959

P-1781

SANGRADO INTRACRANEAL TARDÍO CON RESULTADO FATAL,
¿NECESITAMOS UN CAMBIO EN LA ESTRATEGIA
DE MANEJO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO
LEVE EN ANTICOAGULADOS? 960

P-1782

UN CATARRO QUE TERMINA EN QUIRÓFANO. IMPORTANCIA
DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN URGENCIAS. 960

P-1783

EPIGASTRALGIA 961

P-1784

DOLOR ABDOMINAL DERECHO
(ALGO MÁS QUE APENDICITIS) 961

P-1785

TRAUMATISMO ABDOMINAL Y HEMATURIA: DAÑO RENAL . . 962

P-1786

FRACTURA ABIERTA DE TOBILLO TRAS ACCIDENTE
DE TRÁFICO. 962



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-1787

DOCTOR, QUÉ DOLOR DE TRIPA. 963

P-1788

OTRAS CAUSAS DE ABDOMEN AGUDO EN URGENCIAS.
ENDOMETRIOSIS CECAL. A PROPÓSITO DE UN CASO . . . 963

P-1789

HEMATURIA ASINTOMÁTICA TRAS ATROPELLO 964

P-1790

SÍNDROME MEDULAR AGUDO SECUNDARIO A HEMATOMA
EXTRAMEDULAR ESPONTÁNEO. 964

P-1791

TRAUMATISMO CRÁNEO-FACIAL POR DISCO
DE AMOLADORA, A PROPÓSITO DE UN CASO 965

P-1792

LA CARA OCULTA DEL EJERCICIO FÍSICO 965

P-1793

HEMATOMA SUBCAPSULAR DE BAZO POR HEPATITIS A.
A PROPÓSITO DE UN CASO. 966

P-1794

DOLOR TESTICULAR AGUDO 966

P-1795

LUXACIÓN POSTERIOR DE CLAVÍCULA MEDIAL.
UNA INFRECUENTE URGENCIA VITAL 967

P-1796

DEBAJO HABÍA MÁS 967

P-1797

COMPLICACIÓN GRAVE DE CIRUGÍA DE FRACTURA
TRIMALEOLAR DE TOBILLO 968

P-1798

NO TODO ES LO QUE PARECE 969

P-1799

SÍNDROME DE WUNDERLICH COMO PRIMERA
MANIFESTACIÓN DE ADENOCARCINOMA RENAL 969

P-1800

DIAGNÓSTICO PRIMARIO DE LA DISOCIACIÓN
ESCAFOSEMILUNAR. SIGNO DE TERRY-THOMAS 970

P-1801

CERVICALGIA COMO PRESENTACIÓN DE INFECCIÓN
POR SALMONELLA 970

P-1802

HERNIA TRAUMÁTICA DE LA PARED ABDOMINAL. 971

P-1805

TENGO UNA ESPINA CLAVADA EN EL INTESTINO 971

P-1806

FRACTURA DE APÓFISIS ODONTOIDES, IMPORTANCIA
DE LA PROYECCIÓN TRANSORAL EN EL TRAUMA
DE COLUMNA CERVICAL 972

P-1807

¿EN CASO DE DUDA? ¡INMOVILICE!. 972

P-1808

OTRA VEZ A URGENCIAS. 973

P-1809

ABSCESO HEPÁTICO SECUNDARIO A PERFORACIÓN
DUODENAL 973

P-1810

INTOXICACIÓN POR PLOMO COMO CAUSA DE MUERTE
EN EL BARRIO DE LAS DELICIAS. 974



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-1811

FRACTURA LUXACIÓN DE BENNET EN UN JOVEN CICLISTA . . .974

P-1812

LA BORRACHERA LE PASÓ FACTURA975

P-1813

LA CARA INSIDIOSA DE LA DISECCIÓN AÓRTICA975

P-1814

FRACTURA DEL ARCO ANTERIOR DE C1
EN NIÑA DE 5 AÑOS976

P-1815

SIGNO DE GEISER976

P-1816

Y SE ABRIÓ LA PARED...977

P-1817

HEMOTÓRAX SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRÁFICO . . .977

P-1818

MEGACOLON TÓXICO978

P-1819

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR TEXTILOMA QUE SIMULA
TUMOR978

P-1820

¿UN SIMPLE TRAUMATISMO?979

P-1821

DIVERTÍCULO DE MECKEL: HERNIA DE LITTRÉ,
A PROPÓSITO DE UN CASO.979

P-1822

LAS BICIS NO SON PARA EL RIÑÓN980

P-1823

DIVERTICULITIS AGUDA MUY COMPLICADA
EN URGENCIAS.980

P-1824

MASTITIS/SÍNDROME DE KLINEFELTER981

P-1825

DOLOR ABDOMINAL PERSISTENTE TRAS TRAUMATISMO
ABDOMINAL CERRADO981

P-1826

DOLOR ABDOMINAL EN MUJER EN EDAD FÉRTIL.
ITU: LA GRAN ENMASCARADORA982

P-1828

COJERA EN EL NIÑO, A PROPÓSITO DE UN CASO982

P-1829

EL DOLOR QUE NO CEDÍA, ALGO ESCONDÍA.983

P-1830

FALSO CÓLICO RENAL983

P-1831

ABORDAJE DIAGNÓSTICO DE FRACTURA
DE MESETA TIBIAL984

A-1834

SÍNDROME RETROPERITONEAL TRAS ACCIDENTE
DE TRÁFICO.984

A-1835

ROTURA HEPÁTICA POR CAÍDA CASUAL EN PACIENTE
ANCIANO.985



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

A-1836

TRAUMA CERVICAL EN UN CICLISTA 985

A-1837

MUJER DE 36 AÑOS CON DOLOR PERIUMBILICAL Y EPIGASTRIO 986

A-1838

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN PUÉRPERA 986

A-1839

A MÍ ME HAN TRAI DO 987

A-1840

TRAUMATISMO TORÁCICO CON VÓLET COSTAL, 10 HORAS DESPUÉS 987

A-1841

POLITRAUMATISMO, ¿REALIDAD O FICCIÓN? 988

A-1842

COMPLICACIÓN HEMATOMA INTRAABDOMINAL 988

A-1843

DOLOR ABDOMINAL EN PORTADOR DE CUERPOS EXTRAÑOS 989

A-1844

FRACTURA DE APÓFISIS ODONTOIDES. DIFICULTAD DIAGNÓSTICA EN EL ANCIANO 989

A-1845

ABDOMEN AGUDO: NO SIEMPRE ES APENDICITIS 990

A-1846

DISOCIACIÓN ESCAPULO TORÁCICA TRAUMÁTICA 990

A-1847

CORDOMA, COMO CAUSA DE COCCIGODINIA CRÓNICA 991

A-1848

TRAUMATISMO TORÁCICO CON FRACTURAS COSTALES MÚLTIPLES Y COMPLICACIONES 991

A-1849

ESPONDILOLISTESIS CERVICAL TRAUMÁTICA 992

A-1850

SÍNDROME DE MEIGS Y FIBROMA OVÁRICO GIGANTE . . . 992

A-1851

¿HA TOMADO USTED IBUPROFENO PARA EL DOLOR? . . . 993

A-1852

ODINOFAGIA COMO SÍNTOMA DE PRESENTACIÓN DE ABSCESO PREEPIGLÓTICO 993

A-1853

CONVULSIONES EN EMBRAZADA. IMPORTANCIA DE LA AMBULANCIA MEDICALIZADA 994

A-1855

LES ASEGURO QUE MI PACIENTE LLEVABA EL CINTURÓN DE SEGURIDAD. FRACTURA DE CHANCE EN VARÓN JOVEN. . 994

A-1856

DIVERTÍCULO DE MECKEL: DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR EN PACIENTE ADULTO CON DOLOR ABDOMINAL AGUDO . . . 995

A-1857

ABDOMINALGIA DE CAUSA NO FRECUENTE. ECOGRAFÍA EN URGENCIAS 995

A-1859

LA DEBILIDAD DE AQUILES 996



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

A-1860

FRACTURA PÉLVICA POR AUTO-ATROPELLO:
VALORACIÓN Y TRATAMIENTO EN URGENCIAS 996

A-1861

ATENCIÓN AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN URGENCIAS.
IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN SISTEMÁTICA 997

A-1862

NEUMOTÓRAX POR ACUPUNTURA. 997

A-1863

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DOLOR ANAL. 998

A-1864

LESION DE MORELLAVALLEE, A PROPÓSITO DE UN CASO ... 998

A-1865

LUXACIÓN BIARTICULAR IPSILATERAL EXTREMIDAD SUPERIOR
IZQUIERDA 999

A-1866

EJERCICIO Y ALTAS TEMPERATURAS: MALA COMBINACIÓN.
RABDOMIOLISIS. 999

A-1867

¡QUÉ PILA DE MONEDAS! 1000

A-1868

MONOARTRITIS AGUDA DE MUÑECA EN PACIENTE SIN
TRAUMATISMO PREVIO 1000

A-1869

AGITACIÓN Y COMA 1001

A-1870

MENUDO GOLPE EN LA MANO 1001

A-1871

A PROPÓSITO DE UN CASO: LESIÓN MEDULAR
POR TRAUMATISMO CERVICAL 1002

A-1872

PRECIPITACIÓN, ¿ACCIDENTAL? 1002

A-1873

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ
DE LA PSEUDOObSTRUCCIÓN COLÓNICA AGUDA
PARA EVITAR COMPLICACIONES FATALES 1003

A-1874

TRAS EL TRAUMATISMO, ¡PODÍA CAMINAR! 1003

A-1875

SÍNDROME OSGOOD-SCHLATTER EN ADOLESCENTE
DEPORTISTA. 1004

A-1878

CAÍDA FORTUITA EN PACIENTE JOVEN 1004

A-1879

HEMORRAGIAS TRAS LEGRADO 1005

P-1885

HELMET EN EDEMA AGUDO DE PULMÓN 1005

P-1889

ANGIOEDEMA Y VENTILACIÓN MECÁNICA
NO INVASIVA 1006

P-1895

SHOCK ANAFILÁTICO Y PREDICCIÓN DE VÍA AÉREA DIFÍCIL:
LA IMPORTANCIA DE NO DEMORAR EL USO
DE ADRENALINA 1006



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE TEMÁTICO

P-1897

TÉCNICA DE HEMOSTASIA INTRAGÁSTRICA DE ESTOMA
DE GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA
EN PACIENTE ANTICOAGULADO 1007

P-1898

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR CON LA VENTILACIÓN
MECÁNICA NO INVASIVA. REPORTE DE UN CASO 1007

P-1902

MANEJO EXTRAHOSPITALARIO DE VÍA AÉREA DIFÍCIL
ALEJADOS DE NÚCLEO URBANO 1008

P-1903

EMPLEO DE CPAP BOUSSIGNAC EN UN CASO
DE OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA SUPERIOR
POR UN HEMANGIOMA LARÍNGEO GIGANTE 1008

A-1904

USO DE LA TÉCNICA CORRECTA EN VMNI EN EAP 1009

A-1905

PRESENTACIÓN DE UN ALGORITMO PARA EL CORRECTO
MANEJO DE LA OXIGENOTERAPIA EN LOS SERVICIOS
DE EMERGENCIAS Y URGENCIAS MÉDICAS 1009

P-1909

LA IMPORTANCIA DEL CÁLCULO
DE RIESGO EN LA NAC 1010

P-1910

SÍNDROMES DE VENA CABA SUPERIOR (SVCS):
PRESENTACIÓN DE UN CASO 1010

P-1911

¡ESTA TOS NO MEJORA! 1011



ÍNDICE TEMÁTICO



ÍNDICE TEMÁTICO



ÍNDICE TEMÁTICO





ÍNDICE TEMÁTICO

CAPÍTULO 1

Diagnóstico por imagen, ecografía en urgencias

28
Congreso
nacional SEMES



EXPERIENCIAS
evolucionando



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 1. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

O-1

VALIDACIÓN DEL PROTOCOLO DE ECOGRAFÍA SESAME EN PACIENTES CON HIPOTENSIÓN NO TRAUMÁTICA Y PARADA CARDIACA INDETERMINADA DURANTE LAS MANIOBRAS DE RESUCITACIÓN AVANZADA

J Armas Castro, L Fernández Calvo, B Giménez Fernández,
T Martín Casquero

Hospital del Vinalopó. Elche-Alicante

Palabras clave: ecografía, shock no traumático, parada cardiaca

Objetivos:

El uso de la ecografía durante las maniobras de resucitación inicial en pacientes con shock no traumático severo y la parada cardiaca indeterminada permite su rápida corrección. El protocolo ecográfico SESAME (Sequential Ecographic Scanning Assessing Mechanism or Origin of Severe Shock of Indistinct Cause) resulta de fácil aplicación en el manejo inicial del paciente en estado crítico, combina la realización de la ecografía pulmonar, la ecocardiografía y el FALLS protocolo con la valoración de la vena cava inferior (VCI).

Material y método:

Se realizó un estudio prospectivo transversal con 25 pacientes que acudieron Hospital del Vinalopó en el período de Junio 2015 Febrero 2016 con diagnóstico de shock no traumático grave y parada cardiaca en la valoración inicial. Se realizó ecografía pulmonar abreviada, ecocardiografía y valoración de la VCI. Los pacientes se dividieron en dos grupos: shock grave o parada cardiaca. Se determinó índice de Kappa de concordancia diagnóstica.

Resultados:

De los 25 pacientes estudiados 18 correspondieron con shock no traumático grave (grupo A) y 7 con parada cardiaca indeterminada (grupo B). Se realizó el protocolo SESAME durante los primeros 15 minutos con una curva de supervivencia del 75% (IC=95% S: 75% E: 89%). De las causas identificadas en el grupo A la más frecuente fue el tromboembolismo pulmonar con un 48% (curva ROC del 89% y $P < 0.001$), y el neumotórax a tensión (mayor del 35% de colapso pulmonar) con un 23%. En el grupo B la causa más frecuente fue el taponamiento cardíaco con un 43% ($P < 0.005$) y la hipovolemia en el 21% con colapso de la VCI y disminución del diámetro durante la inspiración. (Kappa index 0.89 IC: 0.79-1 $P < 0.005$). La tasa de supervivencia de ambos grupos fue del 20%. (S: 85% E: 93% $P < 0.005$).

Conclusiones:

El empleo del protocolo SESAME durante las maniobras de resucitación inicial en pacientes con shock grave no traumático y en las paradas cardiacas indeterminadas resulta de utilidad para la identificación de causas reversibles con el aumento de hasta el 20% de la supervivencia a corto plazo.

O-2

UTILIDAD DEL PROTOCOLO BLUE PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA DISNEA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

FG Capriles Selle, F Guerra Jiménez

Hospital Universitario Sant Joan. Reus, Tarragona

Palabras clave: disnea, ultrasonografía, diagnóstico

Objetivos:

El diagnóstico diferencial de la disnea en el servicio de Urgencias es frecuentemente difícil. La ecosonografía PoCUS (Point of Care Ultrasound) realizada por los médicos de Urgencias a pie de cama es una herramienta prometedora que al aumentar la precisión diagnóstica permite instaurar un tratamiento mas rápido y mas específico. Existen varios protocolos para evaluar las causas de disnea. Evaluamos el impacto de la aplicación del protocolo BLUE del Dr. Daniel Lichtenstein en una muestra de pacientes con disnea.

Material y método:

Entre noviembre 2015 y febrero 2016 se reclutó de manera prospectiva una muestra conveniente de adultos que se presentaron al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Sant Joan de Reus con disnea como su motivo principal de consulta caracterizados como triajes 2 y 3 según el sistema Andorrano y que fueron evaluados por los autores cuando ellos se encontraban disponibles. Se dividieron a los pacientes en dos grupos: a uno se les realizó el protocolo BLUE como parte de la exploración inicial y al otro grupo se le realizó de manera diferida. Se comparan los diagnósticos iniciales y finales de ambos grupos.

Resultados:

105 pacientes forman parte del grupo de estudio. A 43 pacientes se les realizó el protocolo BLUE como parte de la valoración inicial antes de realizar el diagnóstico de ingreso y a 62 pacientes se le hizo la ecografía de manera diferida teniendo estos ya una impresión diagnóstica previa. El grupo al que se hizo la evaluación ecográfica inicial tuvo una coincidencia diagnóstica de ingreso y egreso de 88%. El segundo grupo sin ecografía inicial tuvo una coincidencia diagnóstica de ingreso y egreso de 56% que mejoró hasta 87% con la ecografía. Los diagnósticos finales fueron insuficiencia cardiaca 42%, agudización de EPOC 34%, neumonía 18%, otros 4% (3 casos de neumotórax y 2 de TEP). El protocolo fue 100% sensitivo y 91% específico para insuficiencia cardiaca.

Conclusiones:

En este pequeño estudio la aplicación del protocolo BLUE mejoró la precisión diagnóstica entre insuficiencia cardiaca, agudización de EPOC y neumonía y fue particularmente útil para excluir la insuficiencia cardiaca como causa de disnea.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 1. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

P-4

DOLOR EN FID: PORQUÉ NO TODO ES APENDICITIS

A Romero Cebrián (1), R Pastor Toledo (1), E Jiménez Cerdán (1), M Martínez Ramírez (1), A Pastor Toledo (2), A Sánchez Garrido Lestache (2), A Navarro Carrillo (1)

(1) Hospital de Villarrobledo, (2) Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Palabras Clave: dolor abdominal, fosa ilíaca derecha, apendicitis

Objetivos:

El dolor en fosa ilíaca derecha es causa de un gran porcentaje de visitas a urgencias e incluye un amplio espectro de entidades clínicas, algunas de ellas asociadas a una alta mortalidad requiriendo cirugía urgente, de ahí la necesidad de un diagnóstico precoz.

Material o pacientes y método:

Revisamos los hallazgos radiológicos de los pacientes con dolor en FID diagnosticados en nuestro hospital en los últimos dos años.

Resultados:

El diagnóstico diferencial de dolor agudo en FID, es amplio e incluye, además de la apendicitis aguda, patología ginecológica, patología inflamatoria-infecciosa y tumoral del área ileocecal y patología de la pared abdominal, entre otras.

Conclusiones:

La utilización de la ecografía en pacientes con dolor agudo en FID en urgencias, es fundamental para establecer el diagnóstico previo a la cirugía, para adecuar el tratamiento reduciendo así las intervenciones quirúrgicas innecesarias.

O-5

ALGORITMO DE AYUDA PARA LA PETICIÓN DE TC CRANEAL POR CEFALEA EN URGENCIAS

N García Montes, C Abad, R Romera, R García, A Royuela, J Corres

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Palabras clave: cefalea, diagnóstico, tomografía computerizada

Objetivos:

La cefalea es un motivo de consulta muy frecuente en Urgencias. Dentro de su estudio existe controversia sobre la adecuada selección de pacientes que precisan estudio de neuroimagen (TC).

Material o pacientes y método:

Este trabajo se desarrolló dentro del proyecto MAPAC-Imagen (Mejora de la adecuación de la solicitud de pruebas de imagen con radiación ionizante en los Servicios de Urgencias hospitalarios), integrado por clínicos, radiólogos y metodólogos. Se realizó la búsqueda bibliográfica de algoritmos partiendo del escalón disponible de mayor nivel de evidencia en la pirámide de las 6S de Haynes, los sumarios (Dyna-med, UptoDate y BestPractice). Analizamos los algoritmos obtenidos y evaluamos la evidencia científica de cada una de las variables. Con la información obtenida se creó un algoritmo que fue presentado en un panel de expertos, y por consenso se obtuvo el documento definitivo.

Resultados:

Hemos elaborado un algoritmo de decisión clínica, compuesto de 10 variables que se asocian a mayor probabilidad de patología intracraneal. Cuando una de ellas está presente, se recomienda la realización de TC craneal urgente: 1. Edad > 40 años. 2. Dolor/rigidez de cuello. 3. Pérdida de consciencia/focalidad neurológica. 4. Inicio durante el esfuerzo. 5. Inicio súbito. 6. Fiebre (no explicada en el contexto clínico). 7. Meningismo en la exploración. 8. VIH/inmunodeprimido. 9. Empeoramiento progresivo/cefalea persistente. 10. Primer episodio en paciente oncológico. Las variables 3 y 7 funcionan como ¿banderas rojas?: cuando están presentes la probabilidad de patología intracraneal severa es mayor y por tanto se requiere priorizar la realización del TC craneal.

Conclusiones:

El algoritmo obtenido proporciona una herramienta a los profesionales del servicio de Urgencias para seleccionar aquellos pacientes con cefalea como motivo de consulta que se beneficiarán de la realización de TC craneal urgente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 1. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

O-6

COMPARATIVA EN LA LOCALIZACIÓN DE PUNTOS ECOGRÁFICOS ENTRE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA Y RESIDENTES DE PRIMER AÑO

D Chaparro Pardo (1), M Martínez Agüero (1), V Rodríguez Neira (1), AV Vidal Bello (1), L Alarcón Bernabé (2), C Araluce Courballeé (2)

(1) Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid, (2) Facultad de Enfermería Salus Infirmorum de Madrid

Palabras Clave: emergency ultrasound, hospital teaching, phocused echography in emergency service

Objetivos:

Al hablar de la formación en ecografía surgen las dudas de a quién formar, cuándo y con qué objetivo. Este estudio trata de comparar la capacidad que tienen dos estratos muy diferentes en formación clínica y orientación profesional a la hora de localizar diferentes puntos ecográficos.

Material o pacientes y método:

Se realizó una formación básica en el manejo del ecógrafo de 1 hora, mostrando los controles básicos, las imágenes más habituales y las estructuras que hay que valorar y determinar cuando se hace una ecografía siguiendo el protocolo FAST a dos grupos de personas, uno constituido por dos residentes de primer año de Medicina Familiar y Comunitaria, y un segundo grupo de dos estudiantes de enfermería de tercer curso. Hipogastrio. Como dato en común, ninguno había sido formado en ecografía previamente. Para el estudio se utilizó un ecógrafo aloka-6 Prosound y se tomaron como modelos 18 voluntarios sanos.

Resultados:

El número total de aciertos superó en ambos casos el 90%, siendo del 97% para el grupo de residentes por el 94% del grupo de estudiantes. Comparando los diferentes puntos del protocolo FAST. 100% de aciertos en ambos grupos al valorar el hipogastrio. 100% de aciertos en la valoración de la gotiera parietocólica derecha en el grupo de residentes por un 99,3% en el grupo de estudiantes. Un 98,61% de aciertos en ambos grupos al valorar la gotiera parietocólica izquierda. Y un 98,61% en el grupo de residentes frente a un 97,91% en el grupo de estudiantes de aciertos en la valoración del corazón desde una vista subxifoidea.

Conclusiones:

Este estudio trata de demostrar como las diferencias son escasas en la formación en ecografía para la determinación y visualización de estructuras anatómicas. Además, la formación en ecografía de forma precoz podría ayudar a una mejor comprensión de la anatomía y de la función de los órganos, al ser una imagen en vivo la que se está observando.

P-7

IMPLEMENTACIÓN DE UN ALGORITMO RADIOLÓGICO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA COLITIS ISQUÉMICA EN URGENCIAS

J Corres González, A Vicente, I Pecharroman, R Romera, O Sanz de León, J Zamora

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Palabras Clave: diagnóstico, colitis isquémica, tomografía computerizada

Objetivos:

El proyecto multicéntrico MAPAC-Imagen persigue la mejora de la adecuación de la solicitud de pruebas con radiación ionizante en los Servicios de Urgencias. En el caso de la colitis isquémica (CI) la solicitud de pruebas radiológicas urgentes carece de un consenso adecuado de actuación, lo que deriva en la realización de pruebas innecesarias o en diagnósticos tardíos.

Material o pacientes y método:

Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática (2005-2015), con lectura crítica y reuniones de expertos. Se utilizaron como bases de datos: BestPractice, Dynamed, UptoDate, como guías de recomendación radiológicas: ACR, RCR, Clinhouse y como guías clínicas: AGE, grupo Colitis Isquémica, AGA. Las principales palabras clave de búsqueda fueron: *cholitischemia*, *intestinal ischemia* y *colon infarction*. El panel de expertos multidisciplinar (clínicos/radiólogos) incluyó un grupo representativo de miembros del equipo investigador que habitualmente tomen decisiones sobre pruebas de imagen en Urgencias. La matriz generada anteriormente se consensuó reduciendo combinaciones no plausibles y se agrupó en secciones y capítulos para facilitar su análisis siguiendo una metodología de grupos nominales (metodología Delphi modificada).

Resultados:

La sospecha de este cuadro implica una serie de datos clínicos (dolor abdominal agudo tipo cólico de intensidad moderada, localizado en piso abdominal inferior y/o rectorragia/hematoquecia y/o diarrea con/sin sangre y/o urgencia para defecar) en pacientes >60 años y con algún factor de riesgo, debiéndose descartar otros diagnósticos alternativos (diverticulitis, obstrucción, enteritis). La realización de ecografía previa a TAC permite descartar otras opciones diagnósticas y obtener hallazgos que apoyan la sospecha clínica. La existencia o no de signos de alarma (taquicardia-hipotensión-shock, peritonismo, insuficiencia renal aguda, fiebre >38, colitis derecha) son los determinantes principales para la realización de TC urgente. El algoritmo final se ha implantado en un modelo informatizado.

Conclusiones:

El algoritmo de actuación para la solicitud de pruebas diagnósticas ante la sospecha de CI, permite unificar criterios entre clínicos y radiólogos y con ello mejorar la práctica clínica. Su aplicación siguiendo un modelo electrónico asegura su adecuada implementación en el ámbito de urgencias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 1. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

P-8

ACTIVIDAD DEL GRUPO DE TRABAJO DE ECOGRAFÍA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SANTA LUCÍA, CARTAGENA

LE Cárdenas Bravo, JM Berrospi Melgarejo, A Benítez Nieblas, P Carrillo Fernández-Paredes, A Conesa Hernández, A Galera Galera

Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia

Palabras Clave: ecografía, urgencias, enfermedad crítica

Objetivos:

La ecografía a pie de cama en paciente crítico está siendo utilizada cada vez con más frecuencia y de forma más diversa, ayudando a mejorar tiempos en el diagnóstico e inicio de tratamiento.

Material o pacientes y método:

Estudio epidemiológico, unicéntrico, descriptivo mediante la revisión de historias de pacientes críticos a los que se realizó ecografía a pie de cama, atendidos en el año 2014.

Resultados:

Se realizaron 124 ecografías a pie de cama, de las cuales 74,2% eran patológicas, de estas la distribución por sexo fue similar 49 varones y 44 mujeres. Se observó que el motivo de consulta más frecuente fue las disnea 40,2%, dolor torácico 12%, dolor abdominal 17,4%. La colocación de vía central ecoguiada se realizó en pacientes con hallazgos ecográficos de shock distributivo por sepsis. De los 92 pacientes con hallazgos patológicos, 7 (7,6%) requirieron otra prueba de imagen y/o confirmación por radiólogo de guardia. En 8 (16,7%) de los pacientes con dolor torácico o disnea como motivo de consulta se encontraron alteraciones en la contractibilidad y diagnóstico definitivo de SCA. De los pacientes con motivo de consulta disnea, 11 (32%) presentaron como hallazgo derrame pleural, de los que a un 50% se les realizó toracocentesis ecoguiada diagnóstica y/o terapéutica. En aquellos pacientes que acudieron por politraumatismo, 4 (50%) fueron FAST POSITIVOS y solo 2 requirieron confirmación por TAC torácico/abdominal. El hallazgo de 5 neumotórax correspondió a pacientes que consultaron por disnea, dolor torácico y politraumatismo. Se diagnosticaron 4 pacientes de aneurisma de aorta abdominal de los cuales el 50% incluían disección aórtica confirmada por TAC.

Conclusiones:

La ecografía a pie de cama durante el año 2014 en el servicio de Urgencias del Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena demostró utilidad al ayudar a dar diagnóstico a 92 pacientes con patología crítica que además era variada en cuanto a motivo de consulta.

P-9

ECOGRAFÍA ABDOMINAL URGENTE EN PACIENTES GERIÁTRICOS. ¿QUÉ ESTAMOS HACIENDO?

M Fernández Vázquez, R Rodríguez Herrero, B Pérez Deago, A.López Alonso, E Prado Fernández, M Solís López

Hospital de Cabueñes. Candas, Asturias

Palabras Clave: abdominal, ultrasonography, aged, emergency medical services

Objetivos:

La demanda en la atención urgente crece progresivamente siendo más acusado en los ancianos, superando estos el 25% de las consultas, siendo la patología más frecuente la de etiología biliar. La atención al anciano en urgencias es difícil por la fragilidad y vulnerabilidad del paciente, requiriendo abordajes más complejos y un mayor número de pruebas complementarias. En algunas series se encuentra que al 60% de los ancianos se les realizan pruebas de imagen mientras que en los jóvenes baja al 35%.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional descriptivo transversal. Se analizan los pacientes mayores de 75 años con ecografía abdominal solicitada en Servicio de Urgencias de un hospital de segundo nivel, entre 1/1/2015 y 31/12/2015.

Resultados:

Analizamos 197 pacientes, 58% mujeres. Edad media de 83.04 años. El 77% código amarillo y 17% naranja según triaje Manchester. Entre los motivos de consulta: dolor abdominal 73%, vómitos 16%, náuseas 16%, fiebre 10%. En la exploración presentaron dolor leve 39%, moderado-severo 36% y 25% sin dolor. En un 32,8% de estos casos no se pauta analgesia en urgencias. Respecto a las pruebas complementarias, las radiografías abdominales resultaron patológicas en el 18% de los casos. De las ecografías un 34% no encontraron patología. Un 10% de las ecografías se completaron con TAC abdominal. Encontramos patología biliar en 23%, inflamatoria intestinal 11%, urológica 11% y pancreática 3%. El 27% recibieron el alta, el 23% ingresa y el 22% pasa al BOX de observación, de estos, un 74% fue alta.

Conclusiones:

Encontramos una amplia variabilidad en las solicitudes de ecografía abdominal en nuestros pacientes, hablando en términos de gravedad establecida por el triaje, prescripción de analgesia así como necesidad de ingreso, lo cual nos lleva a pensar en la necesidad de crear protocolos que nos faciliten mejorar el abordaje de los pacientes geriátricos en el servicio de urgencias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 1. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

P-10

ECOGRAFÍA TESTICULAR EN EL SÍNDROME ESCOTRAL AGUDO. ¿LA HACEMOS!

M Aguilera Peña, MP Sánchez Sánchez, JM Recio Ramirez,
M Gomezgarcía, R Espino Pérez, MT Calerorojas,
JL Sanchozapatero

Hospital de Montilla. Córdoba

Palabras Clave: acute scrotum, ultrasonic diagnosis, testicular neoplasms

Objetivos:

En el síndrome escrotal agudo el principal síntoma es el dolor intenso a nivel del testículo. Hay que descartar en primer lugar que exista una torsión testicular, pero lo más frecuente es la orquitis u orquiepididimitis aguda. Los tumores son menos frecuentes. Para el diagnóstico de estas urgencias nos basamos en la exploración física, y en pocas ocasiones utilizamos la ecografía (siempre en la sospecha de torsión testicular). Creemos que la realización de una ecografía a todos los pacientes con síndrome escrotal agudo nos confirma el diagnóstico y detecta de forma precoz la existencia de tumores testiculares.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo observacional durante 2 años (2014-2015), realizado en un Servicio de Urgencias hospitalario de 2º nivel. Pacientes sin límite de edad que acuden a urgencias por dolor testicular (N=78), y que se les realiza ecografía testicular (N=32). Se estudian las siguientes variables: edad, teste afectado, tiempo evolución, fiebre, comburt test, diagnóstico y antibiótico administrado.

Resultados:

La edad media fue de 39 años. Seis pacientes son menores de 20 años, de los cuales el 33,3 % fueron torsiones testiculares. El testículo afectado en el 75% de los casos es el derecho. En cuanto al tiempo de evolución la mayoría llevada sólo unas horas con el dolor (31%), y el 70% menos de 3 días. Sólo el 15% de los casos presentaba fiebre, todos relacionados con orquiepididimitis complicadas con leucocituria. El diagnóstico más frecuente fue la orquiepididimitis aguda (43,7% n= 14), seguida del hidrocele (12,5%, n= 4), Tumor (12,5%, n= 4), Torsión (9,4%, n= 3), Trauma (6,25%, n= 2), Varicocele (6,25%, n= 2), Absceso (6,25%, n= 2) y otros (3 %, n= 1). Al 72% de los casos se administraron antibióticos (amoxicilina-clavulánico y ciprofloxacino). Sólo el 15% de los casos preciso de ingreso urgente.

Conclusiones:

El diagnóstico más frecuente es la orquiepididimitis aguda del teste derecho, con manejo ambulatorio. Se realizan pocas ecografías por este motivo de consulta. Los tumores testiculares son infrecuentes, pero podemos realizar un diagnóstico precoz en Urgencias por ecografía.

P-12

HEMATURIA. MANEJO EN URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA CON AYUDA DE LA ECOGRAFÍA

C Herrera Carcedo (1), L Pérez González (2), P Bañuelos Peña (1)

(1) Centro de Salud de Briviesca, (2) Centro de Salud Cristóbal Acosta. Burgos

Palabras Clave: hematuria, ecografía, Atención Primaria

Objetivos:

La hematuria es una de las principales causas de consulta urológica en Urgencias. Aunque responde a múltiples etiologías, puede ser debida a un proceso tumoral del tracto urinario (hasta el 85% de los tumores vesicales se manifiestan así). En nuestro Centro de Salud de Briviesca desde el año 2010 disponemos de Ecografía realizada por médicos de familia, formando parte del Programa de implantación de Ecografía en Atención Primaria, desarrollado por el SACYL a partir del año 2009. Se presenta nuestra experiencia en el periodo 2010-2014 con el uso de la Ecografía en el manejo de los pacientes con hematuria, con especial énfasis en los casos de tumores vesicales diagnosticados precozmente gracias al empleo de esta técnica de imagen.

Material o pacientes y método:

Se revisan todas las ecografías abdominales realizadas en nuestro centro de salud durante el periodo 2010-2014 a aquellos pacientes que presentaron hematuria como síntoma inicial.

Resultados:

Durante el periodo de estudio (5 años) se realizaron un total de 2448 ecografías abdominales de las cuales 116 fueron solicitadas por la presencia de hematuria. De todas ellas el diagnóstico más frecuente fueron la nefrolitiasis, seguidas de los casos de hiperplasia prostática (HBP). Durante el periodo analizado se encontraron 2 casos de tumores vesicales cuya primera y única manifestación fue la hematuria macroscópica. Se presentan las características de ambos casos cuyo diagnóstico precoz con la ecografía permitió un tratamiento rápido y eficaz.

Conclusiones:

1. El uso de la Ecografía en Urgencias de Atención Primaria es útil y rentable para el manejo de muchas patologías, entre ellas la hematuria. 2. Permite en la mayoría de los casos establecer el origen y la causa de la misma. 3. Ayuda a detectar de forma precoz patologías graves como los tumores vesicales y renales cuya primera y única manifestación puede ser una hematuria.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 1. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

P-14

ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA: ADECUACIÓN DE SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLÓGICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

J Corres González (1), I Pecharroman (1), C Abad (2), A Vicente (2), ME Cobo (3), J Zamora(4)

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Palabras Clave: isquémica mesentérica, diagnóstico, tomografía computerizada

Objetivos:

Iniciativas internacionales como la campaña Choosing Wisely de la American Board of Internal Medicine Foundation, o la base de datos sobre recomendaciones 'Do not do', promovida por el NICE británico ofrecen directrices para una mejor calidad asistencial reduciendo procedimientos diagnósticos innecesarios. En España, se ha desarrollado la iniciativa MAPAC (Mejora de la Adecuación en la Práctica Asistencial y Clínica) que incluye el proyecto MAPAC-Imagen, con el objetivo de establecer recomendaciones para mejorar la adecuación de la solicitud de radiología simple y Tomografía Computarizada en Urgencias, y analizar el impacto de su implementación.

Material o pacientes y método:

Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática (2005-2015), con lectura crítica y posteriormente reuniones de expertos del grupo de estudio MAPAC-imagen. Se utilizaron las bases de datos Best Practice, Dynamed y Up to Date, y guías de recomendación clínica. Las principales palabras clave de búsqueda fueron: acute mesenteric ischemia, abdominal embolus, intestinal ischemia, intestinal infarction, angioCT, etc. Se diseñó una regla de predicción clínica (RPC).

Resultados:

La IMA cursa con presentación clínica típica según la etiopatogenia (arterial oclusiva, arterial no oclusiva, trombosis venosa). Asociada a factores de riesgo determinados (enfermedad cardiovascular, factores de riesgo cardiovascular, uso de drogas vasoactivas) aumenta la probabilidad de esta enfermedad. Después de descartar otros diagnósticos con analítica, ECG, y Rx abdominal, debe realizarse angioTC bifásica urgente, única técnica (junto con angiografía y laparotomía) que ha demostrado precisión diagnóstica adecuada para diagnosticar IMA (nivel de evidencia 2). Permite definir la etiopatogenia y diferenciar isquemia de infarto establecido.

Conclusiones:

Tras el análisis bibliográfico y con la evidencia encontrada, hemos establecido una RPC y un protocolo de adecuación de solicitud de AngioTC bifásica por IMA, basado en factores de riesgo, presentación clínica y signos de alarma, que ayudará a agilizar el diagnóstico precoz en Urgencias.

P-15

CUATRO ESQUINITAS TIENE MI PLACA

M González Ruiz (1), M Lara Torres (1), L Prieto Lastra (1), A Azagra Calero (1), GA Sgaramella(1), R López Sánchez (1), E Pariente Rodrigo (2)

(1) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, (2) Centro de Salud Camargo Interior. Santander

Palabras Clave: radiology, shoulder pain, lung cancer

Objetivos:

En los últimos años la presión asistencial en los servicios de urgencias se ha visto incrementada dada la gran demanda por parte de la población. En este contexto, los profesionales en ocasiones caemos en el error de valorar al paciente con prisas, limitándonos a evaluar únicamente el motivo de consulta por el que acude. Igual ocurre al examinar las pruebas complementarias y, más aún, las pruebas de imagen.

Material o pacientes y método:

Paciente de 46 años que acude a Urgencias por dolor de hombro derecho de características mecánicas de 2 semanas de evolución, sin radiculopatía. Se realiza una radiografía simple de hombro en la que se pueden observar las articulaciones gleno-escapular y acromioclavicular normales. No se visualizan anomalías óseas. Posteriormente se completa estudio con TAC corporal en el que se evidencia oclusión del bronquio principal derecho por una masa-conglomerado de adenopatías subcarinales necróticas con bronquiectasia, trombo en AD, pequeño derrame pleural derecho, nódulos suprarrenales bilaterales sugestivos de afectación metastásica. Masa sólida heterogénea mesorrenal derecha de 3.7 cm, lesiones líticas con masa de partes blandas asociada en el manubrio esternal (4 cm), cuerpo vertebral de L4 (3.3 cm), cuerpo y apófisis transversa derecha de L5 (5 cm) y pala ilíaca izquierda (3.5 cm).

Resultados:

En una segunda valoración más exhaustiva de la radiografía simple de hombro, se puede observar en parénquima pulmonar una masa parahiliar derecha. Se completa el estudio con una radiografía de tórax que muestra opacidad del campo medio y superior de pulmón derecho, ventilada en base.

Conclusiones:

la radiografía simple es una herramienta muy útil y no hay que olvidar valorarla en su totalidad. En el caso concreto de la neoplasia pulmonar hay que tener en cuenta que hasta un 16.7% de casos presentan sintomatología atípica como puede ser artralgia, dolor muscular, dorsalgia y omalgia.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 1. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

P-16

LOS CRITERIOS DE NEW ORLEANS PARA LA INDICACIÓN DE UN TC DE CRÁNEO EN CASOS DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE: ¿PUEDEN APLICARSE EN PACIENTES SIN PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO?

B Pfang, J García Lasheras, J García Cañete, B Rodríguez Alonso, S Carbañal Tinoco, S Menéndez Maldonado, A Blanco García

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Palabras Clave: traumatismos craneoencefálicos, tomografía computarizada, pérdida de conciencia

Objetivos:

En los servicios de Urgencias se emplean criterios como los de New Orleans para indicar un TC de cráneo en pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE) leve con riesgo de patología intracraneal aguda postraumática. Los criterios de New Orleans (NOC) fueron diseñados para pacientes con pérdida de conocimiento, con una sensibilidad del 86-99% y una especificidad del 28%. Presentamos una revisión de casos de TCE leve en los cuales se ha solicitado un TC de cráneo, con el objetivo de evaluar el uso de los NOC en pacientes sin pérdida de conocimiento.

Material o pacientes y método:

Revisamos la historia clínica de aquellos pacientes atendidos en nuestro servicio de Urgencias durante un periodo de diez días, a los cuales se había solicitado un TC de cráneo en el contexto de un TCE leve (n = 100), aplicando los NOC a posteriori independientemente de la presencia de pérdida de conocimiento. Analizamos los datos utilizando SPSS v 20.0 (SPSS Inc, Chicago, Ill).

Resultados:

De los 100 pacientes, 50% eran mujeres. El rango de edad era de 19 a 99 años con una media de 68 años. Todos los pacientes incluidos cumplían al menos uno de los NOC. 81 no habían sufrido pérdida de conocimiento durante el episodio. Ningún criterio individual mostraba una relación estadísticamente significativa con la probabilidad de sufrir un evento. 8 pacientes presentaron patología intracraneal aguda (1 hemorragia subdural, 5 hemorragia subaracnoidea, 2 hemorragia intraparenquimatosas), no existiendo diferencias significativas entre la frecuencia de eventos y la pérdida o no de conocimiento (12,5% y 7,4%, respectivamente).

Conclusiones:

Los criterios de New Orleans son altamente sensibles, aunque poco específicos, para la detección de patología aguda intracraneal de origen traumática tras TCE, y los resultados de nuestro estudio sugieren que su uso se puede ampliar a aquellos pacientes que no hayan sufrido pérdida de conciencia.

P-21

DOLOR PLEURÍTICO. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

M Celorrio San Miguel, C del Pozo Vegas, J Chehayeb Morán, EA Serrano Lacouture, JV Esteban Velasco, A Hambardzumyan, S Hernández Bezoz

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Palabras Clave: neumotórax, dolor pleurítico, ecografía

Objetivos:

El dolor pleurítico es un síntoma de frecuente consulta en los servicios de Urgencias, pero con la exploración física y las pruebas complementarias básicas no siempre es suficiente para llegar a un diagnóstico de certeza.

Material o pacientes y método:

Mujer de 44 años, derivada desde PAC por dolor torácico derecho de características pleuríticas y aparición repentina, sin antecedente traumático, de 24 horas de evolución. Asocia disnea en las últimas horas. La paciente presentó episodio similar hace 2 meses, que fue diagnosticado de neumotórax derecho. Exploración física: TA 122/74, FC 99 lpm, Sat. O2 96%, T° 36,4°C. Buen estado general, bien perfundida y coloreada, eupneica, auscultación cardiaca: rítmica sin soplos audibles, auscultación pulmonar: muy discreta disminución de murmullo vesicular en campo pulmonar derecho, sin otros hallazgos significativos. Resto de exploración sin alteraciones. Pruebas complementarias: Rx tórax P-A sin hallazgos patológicos. Análisis gasometría arterial y ECG: datos en rango de normalidad. Ante la persistencia de síntomas y los antecedentes personales de la paciente se realiza ecografía pulmonar en la que se aprecia ausencia de deslizamiento pleural y visualización de punto pulmón. Se avisa al cirujano torácico de guardia para valoración y ante desconocimiento de la ecografía pulmonar, solicita TAC de tórax donde se evidencia neumotórax.

Resultados:

La paciente ingresa en el Servicio de cirugía torácica para programar cirugía dados los antecedentes de repetición de neumotórax.

Conclusiones:

En el momento actual, la ecografía pulmonar es una herramienta de gran utilidad en los servicios de Urgencias por sus numerosas aplicaciones, entre las que destaca el diagnóstico del neumotórax. Entre el 30 y el 50 % de los pacientes con pequeños neumotórax no son inicialmente diagnosticados con la exploración física o la radiografía de tórax. La ecografía pulmonar posee una sensibilidad del 100%, especificidad del 91% y valor predictivo positivo del 87% para el diagnóstico de neumotórax. El signo del "punto pulmonar" posee una sensibilidad del 66% y una especificidad del 100%. La ausencia de líneas B tiene una especificidad y una sensibilidad del 97% para el diagnóstico de neumotórax.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 1. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

P-22

ECOGRAFÍA PULMONAR, CLAVE DIAGNÓSTICA EN LA URGENCIA

M Najarro de la Parra, M Sánchez Pérez, N Díaz García, L Díaz Vidal, Y Aranda García, JR Penedo Alonso

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Galapagar, La Navata, Madrid

Palabras Clave: neumonía, ultrasonografía, atención ambulatoria

Objetivos:

En la actualidad, el diagnóstico de neumonía ha de estar apoyado en pruebas de imagen. La ecografía pulmonar supone un método de diagnóstico por imagen incruento, inocuo, rápido, más sensible y específico que la radiografía de tórax y casi tan preciso como la TAC de tórax, actual gold standard.

Material o pacientes y método:

Mujer de 62 años con tos, broncorrea, dolor torácico pleurítico en la zona inferolateral del hemitórax izquierdo, disnea, fiebre y cefalea. Hemodinámicamente estable, discretamente taquipneica y con pulsioximetría del 96%. Auscultación pulmonar con hipoventilación generalizada leve, roncus y sibilancias diseminados y subcrepitantes en la base izquierda. La radiografía de tórax no evidencia consolidaciones. Poco antes de proceder al alta con el diagnóstico de infección respiratoria no condensante empeora clínicamente, por lo que se realiza una ecografía pulmonar que revela un patrón tisular basal izquierdo rodeado de un patrón de deslizamiento pleural con líneas B predominantes en el área adyacente. Se confirma con la TAC de tórax que muestra una consolidación en el área supradiafragmática izquierda. La ecografía pulmonar realizada por un urgenciólogo entrenado es clave para identificar consolidaciones, en algunos casos no apreciables en la radiografía simple de tórax. Estas consolidaciones se muestran como una pérdida relativa de la aireación pulmonar y un aumento concomitante de contenido líquido. Además, si la consolidación alcanza la pleura, se visualiza como un patrón tisular en ocasiones adyacente a una efusión y rodeado de pulmón aireado. Presenta habitualmente unos límites imprecisos, salvo que esté afectado un lóbulo en su totalidad. Se aprecia un patrón de broncograma aérodinámico con apariencia de árbol vascular en el doppler color y en el power doppler.

Resultados:

La ecografía pulmonar es un método rápido, inocuo, reproducible y más sensible y específico que la radiografía simple de tórax en el diagnóstico de neumonía.

Conclusiones:

El empleo de la ecografía pulmonar en la atención de urgencia para el diagnóstico de neumonía es prioritario si queremos mejorar la sensibilidad y la especificidad de la radiografía simple de tórax a la vez que acortamos tiempos de espera y abarataremos costes.

P-23

NEUMONÍA EN PACIENTE EMBARAZADA. ECOGRAFÍA COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA

M Celorrio San Miguel, C del Pozo Vegas, J Chehayeb Morán, EA Serrano Lacouture, I Moro Mangas, S de Francisco Andrés, A Hambardzumyan

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Palabras Clave: neumonía, embarazo, ecografía

Objetivos:

La neumonía comunitaria es una infección poco frecuente durante el embarazo, su incidencia es variable y oscila entre el 0,03% y el 0,2%. Ante la sospecha de esta enfermedad, su diagnóstico se puede confirmar con una radiografía de tórax, pero la decisión de la realización de esta prueba debe ser contrapesada con el riesgo potencial de irradiación sobre el feto. Sin embargo, la ecografía pulmonar, puede hacernos llegar al diagnóstico sin exponer a radiación al feto.

Material o pacientes y método:

Mujer de 32 años, gestante de 22 semanas, que acude a urgencias refiriendo mal estar general, astenia y febrícula de 15 días de evolución, que ha tratado con paracetamol, sin mejoría aparente. Exploración física: TA 118/76, FC 87 lpm, Sat. O₂ 98%, T° 37,2°C. Buen estado general, eupneica, auscultación cardiaca: rítmica sin soplos audibles, auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, leves crepitantes en base pulmonar derecha, sin otros hallazgos significativos. Resto de exploración sin alteraciones. Análisis: Hemoglobina 11,6, leucocitos 16620, PCR 107, resto de valores, incluidos coagulación y sistemático de orina, en rango de normalidad. Ante los hallazgos y la sintomatología, decidimos realizar ecografía pulmonar en la que se evidencia presencia de consolidación en pulmón derecho y broncograma aéreo.

Resultados:

La paciente ingresa en el hospital, a cargo del servicio de Neumología para instauración de tratamiento antibiótico intravenoso y control evolutivo.

Conclusiones:

La ecografía pulmonar en Urgencias es una alternativa prometedora para el diagnóstico de sospecha de neumonía, que además reduce la exposición a las radiaciones ionizantes a las que exponen las pruebas complementarias usadas comúnmente, presentando datos de mayor sensibilidad (93-99%) y especificidad (83-99%).



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 1. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

P-26

USO DE LA ECOGRAFÍA EN URGENCIAS REALIZADA POR MÉDICOS DE URGENCIAS. ESTUDIO ECO-CAT

J Zorrilla Riveiro, J Jacob Rodríguez, G Alonso, P Rimbau, F CasarRamóna, O Miro

Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències.
L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Palabras Clave: ecografía, urgencias, utilización

Objetivos:

El uso de la ecografía en urgencias realizada por los médicos de urgencias se está introduciendo de manera importante en los últimos años, al igual que en otros escenarios, como las unidades de críticos y en anestesia.

Material o pacientes y método:

Se realiza una encuesta a 41 jefes de servicios de urgencias de Catalunya. Se recogen variables de las características y escenarios de uso y dificultad para la implementación de la ecografía en urgencias.

Resultados:

De los 41 servicios de urgencias encuestados, se realiza ecografía en urgencias por parte de médicos de urgencias en 25 (61%). En 21 (84%) centros el servicio de urgencias dispone de aparato de ecografía propio, siendo lo más frecuente tener un solo aparato. La exploración más frecuente es la evaluación de abdomen (84%), seguida de vascular periférica (64%), tórax (60%), cardíaca (44%) y técnicas de punción (36%). Destaca que en 21 servicios (84%) no disponen de un protocolo de uso de la ecografía en urgencias ni se registra la actividad realizada. Respecto a la dificultad de implementar la técnica en urgencias, en 18 (72%) casos fue difícil, siendo la falta de colaboración de otros servicios (60%), la dificultad de aprender la técnica (52%) y la falta de colaboración de los propios médicos (28%) las causas más comunes.

Conclusiones:

El uso de la ecografía en urgencias por médicos de urgencias es frecuente. Las exploraciones más habituales son ecografía abdominal y de tórax. Su implementación en urgencias no ha sido fácil.

P-27

APENDICITIS AGUDA, DIAGNÓSTICO POR ECOGRAFÍA EN URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

L Pérez González (1), L Alegre Ramos (2), C Herrera Carcedo (3), P Bañuelos Peña (3)

(1) Centro de Salud Cristóbal Acosta, (2) Centro de Salud Las Torres, (3) Centro de Salud de Briviesca. Burgos

Palabras Clave: apendicitis, ecografía, urgencias

Objetivos:

El dolor abdominal es uno de los motivos más frecuentes de consulta en Urgencias de Atención Primaria, siendo la apendicitis una de las causas más frecuentes de este dolor. Su diagnóstico se basa en datos clínicos y analíticos, a los que posteriormente se añade el diagnóstico por imagen. La ecografía es una técnica inocua, rápida, accesible y de bajo coste, con una alta sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de apendicitis.

Material o pacientes y método:

Revisión de todas las ecografías abdominales realizadas en el Centro de Salud de Briviesca durante el periodo 2010-2014.

Resultados:

Se realizaron un total de 2448 ecografías abdominales. De ellas, 1597 fueron solicitadas por dolor abdominal. Entre ellas se objetivaron 3 casos de apendicitis aguda. Se describen sus características clínicas, los criterios ecográficos y la evolución posterior.

Conclusiones:

El uso de ecografía en Urgencias, tanto a nivel hospitalario como de Atención Primaria, proporciona un rápido diagnóstico cuando existe duda clínica, facilitando un tratamiento eficaz en un menor tiempo. La ecografía debería formar parte de la rutina diagnóstica, ya que aporta datos de certeza, aunque precisa de experiencia por parte del médico que la realiza. Se considera la importancia de una formación reglada en Ecografía para todos los médicos que trabajan en el ámbito de la urgencia.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 1. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

P-34

TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO COMPLICADO CON UNA MASA ATRIAL

MC Magdalena Fernández (1), JB Bonilla Fradín (2), RI Cueto Bueno (3)

(1) 061 Cantabria, (2) TES UME Torrelavega Cantabria, (3) TES. Álava

Palabras Clave: cardiopatía isquémica, tumores cardiacos primarios, mixoma atrial

Objetivos:

Los tumores cardiacos primarios representan el 5% de todos los tumores cardiacos. El mixoma es el tipo más común de tumor cardiaco primario en adultos, el restante 95% son metastásicos. Los mixomas se dan preferentemente en mujeres entre 40 y 60 años, con preferencia por la localización en aurícula izquierda (75%), aunque también en aurícula derecha (20%) y ventrículos (excepcionalmente). La localización en el lado derecho hablaría a favor de un origen maligno. Deben diferenciarse de los trombos cardiacos, que se asocian a zonas aquinéticas. No suelen asociarse a arritmias ni alteraciones de la conducción. En el 30% de las ocasiones dan origen a embolias tumorales (donde radica su potencial malignidad).

Material o pacientes y método:

Paciente varón de 56 años fumador severo. Mientras carga maletas presenta opresión retroesternal irradiada a brazos, malestar general y palidez. A los 30 minutos se avisa a 061, la UVI móvil lo encuentra sudoroso, bradicárdico, hipotenso y extremadamente pálido. En el electrocardiograma elevación del ST inferoposterior. Se contacta con coronarias y a su llegada a la unidad se realiza ecocordio y se encuentra ventrículo derecho normofuncionante, hipoquinesia en cara inferoposterior de ventrículo izquierdo y masa grande de aproximadamente 4 cm de diámetro en aurícula derecha con bordes flectados y friables, se plantea entonces diagnóstico diferencial: trombo, intraauricular, metástasis o tumor primario.

Resultados:

En hemodinámica se implantan dos stents y marcapasos intracavitario sin que se pase cable del mismo desde yugular para no arrastrar la masa. Tras estabilización se realiza TAC pulmonar para: 1. Descartar embolización de masa en arterias pulmonares 2. Descartar masa pulmonar que pueda haber metastatizado en aurícula.

Conclusiones:

Los mixomas son raros y potencialmente mortales. Su presencia condiciona el diagnóstico (por el diagnóstico diferencial importante y laborioso) y el tratamiento de los pacientes cardiovasculares como el presentado (si la masa no desaparece con anticoagulación precisa la realización de biopsia y eventual cirugía, por lo que se utilizaron stents convencionales).

P-49

INVAGINACIÓN INTESTINAL EN ADULTOS. ECOGRAFÍA URGENTE DIAGNÓSTICA

MD Macías Robles, A Fernández San Martín, M Fernández Díaz, JM Fernández Simón, B Mateos Iglesias, M Fernández Pajares

Hospital San Agustín. Avilés, Asturias

Palabras Clave: invaginación intestinal, ecografía, adultos

Objetivos:

El dolor abdominal es uno de los motivos más frecuentes de consulta en el Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH). Una de sus causas es la obstrucción/suboclusión intestinal, en la que la invaginación intestinal (II) representa menos del 5% en adultos. La II en adultos es una entidad rara, con gran variabilidad clínica de carácter crónico intermitente y excepcionalmente de instauración aguda, lo que complica su diagnóstico. La ecografía y tomografía computarizada son los principales métodos diagnósticos.

Material o pacientes y método:

A través de un caso demostrativo de una paciente sin antecedentes que acudió por dolor abdominal y masa palpable, se desarrolla la estrategia seguida en el SUH que llevo al diagnóstico de II.

Resultados:

Mujer de 61 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos que acudió al SUH por llevar cinco días con dolor abdominal cólico en hemiabdomen derecho, vómitos y deposiciones diarreicas con sangre roja. No otra clínica aguda ni previa. Exploración física: dolor en vacío/fosa ilíaca derecha con efecto masa palpable sin signos de peritonismo. La analítica fue normal. Por la presencia de masa palpable en la exploración se solicitó ecografía de urgencia que demostró en flanco derecho una imagen en diana o *donuts* en cortes transversales a la lesión y en *pseudorriñón* o *sándwich* en cortes oblicuos y longitudinales con disposición en capas concéntricas, compatible con II ileocólica. Las capas centrales, de mayor ecogenicidad, correspondían al asa invaginada (*intussusceptum*) con el meso acompañante y la capa hipoecogénica periférica al asa inmediatamente distal receptora (*intussusciens*). Ante las imágenes específicas de la ecografía no fueron necesarios más estudios de imagen. Realizándose hemicolectomía derecha de urgencia con anastomosis mecánica L-L objetivando un pólipo de cuatro de cm en ciego como cabeza de la invaginación, de carácter benigno (adenoma túbulo vellosos). No hubo complicaciones.

Conclusiones:

En el diagnóstico de la II del adulto en el SUH la ecografía es la técnica diagnóstica de elección por su disponibilidad, rapidez, elevada sensibilidad y especificidad.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 1. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

P-63

VALOR DE LA ECOGRAFÍA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

O Vechionacci López, J Rodríguez García, G Palacios Marín, J Jiménez Martínez, E Cestafe Aja, L Oroz García, L Calahorra Gázquez

Urgencias Fundación Hospital Calahorra. Calahorra, La Rioja

Palabras Clave: urgencias, ecografía, diagnóstico

Objetivos:

La ecografía se ha utilizado durante mucho tiempo como una herramienta diagnóstica y guía de procedimientos, cada vez más se emplea fuera del servicio de radiología por otros especialistas en concreto los de urgencias. Su uso en urgencias de Fundación Hospital Calahorra va en ascenso, en el año 2015 se practicaron 2,864 ecografías, dirigido al diagnóstico precoz de patología vital, así como en otras entidades clínicas como el dolor abdominal, el cual constituye el 10% de las consultas urgentes. La incidencia del carcinoma de células renales (CCR) se ha incrementado debido al uso de técnicas como la ecografía, aumentando el número de hallazgos incidentales. El estándar-oro para su estudio es la tomografía axial computarizada (TAC), pero la ecografía ejerce un papel importante en la detección precoz.

Material o pacientes y método:

Se presenta el caso clínico de un varón de 62 años, sin alergias ni enfermedades de interés, colecistectomizado. Que acude a urgencias por dolor en flanco izquierdo de una semana de evolución, que cede parcialmente con analgésicos pautados por su médico de cabecera. No refiere sintomatología urinaria, no hematuria.

Resultados:

Analíticamente destaca, urea 43 mg/dl, creatinina 1,68 mg/dl, urianálisis normal. Practicamos ecografía abdominal en urgencias evidenciándose masa de 11 centímetros en polo renal izquierdo inferior y otra de 4 centímetros en región interpolar de riñón derecho, solicitamos un TAC abdominal que informa de masas renales sólida bilaterales, de 5 centímetros derecha y de 11 centímetros en el lado izquierdo, compatibles con hipernefroma. Ante la presencia de masa renal bilateral heterogénea sincrónica, se deriva preferente a Urología para planificar estrategia terapéutica.

Conclusiones:

La ecografía en urgencias es una herramienta útil, ya que nos permite orientar el diagnóstico y la toma de decisiones desde el servicio de urgencias de forma rápida y sencilla, acortando los tiempos de espera y optimizando la valoración del paciente por parte del especialista.

A-67

MASA INGUINAL DOLOROSA-DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

EA Serrano Lacouture, C del Pozo Vegas, A Hambardzumyan, JV Esteban Velasco, J Chehayeb Morán, G Fernández Bayón, M Celorrio San Miguel

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Palabras Clave: masa inguinal, adenopatía, ultrasonidos

Objetivos:

La aparición de una masa dolorosa a nivel inguinal, es un motivo no infrecuente de consulta en los servicios de urgencias. En la mayoría de los casos se trata de un proceso herniario, pero existen muchos más diagnósticos a tener en cuenta, como por ejemplo, un absceso localizado, adenopatías, hematomas, lipomas y la dilatación del cayado de la safena, entre otros.

Material o pacientes y método:

Mujer de 50 años de edad sin antecedentes de interés que acude a urgencias remitida por médico de atención primaria, debido a masa dolorosa en región inguinal izquierda de menos de 24 horas de evolución, con sospecha diagnóstica de hernia crural. A su llegada a urgencias, la paciente refiere dolor intenso que le impide deambular correctamente, y le obliga a llevar su mano a la zona inguinal. Constantes normales, no fiebre, no síntomas urinarios. A la exploración, se palpa masa ligeramente indurada de aproximadamente 2 x 2, 5 cm, muy dolorosa que nos hace sospechar en la presencia de una hernia.

Resultados:

Se realiza ecografía, objetivándose una imagen ovoidea de bordes definidos, con un hilio central hiperecogénico y un parénquima homogéneo hipoeoico en la periferia, sin imágenes focales, muy dolorosa con el paso de la sonda, que descarta hernia. Se pautan antiinflamatorios y se cita para control pasadas 24 horas. En la revisión se objetiva en piel placa inflamatoria con algunas vesículas agrupadas a nivel lumbar bajo, que siguen el trayecto de un dermatoma y sugieren el inicio de un herpes zóster. Finalmente concluimos que se trata de una adenopatía inguinal secundaria a la aparición de un herpes zóster.

Conclusiones:

Aunque en la mayoría de los casos, la presencia de una masa dolorosa en la zona inguinal nos hace sospechar de una hernia, debemos tener presente que en ocasiones la exploración física puede ser insuficiente para realizar un diagnóstico definitivo, y/o generarnos dudas que se pueden esclarecer con el uso de los ultrasonidos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 1. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

A-72

VARÓN DE 54 AÑOS QUE CONSULTA POR DOLOR SUBESCAPULAR DERECHO Y LUMBAR IZQUIERDO

AJ García Buigues, FJ Navarro Díaz, AM Romero Romero, R Hernández Sánchez, M Fornas Castelló, P Pastor Roca, N Rebollo Lillo

Servicio de Urgencias. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa, Alicante

Palabras Clave: lumbalgia, neoplasia, metástasis

Objetivos:

La mayoría de los cuadros de lumbalgia son episodios transitorios, producidos por lesiones poco importantes, pero un porcentaje de ellos tienen su origen en una patología sistémica grave.

Resultados:

Varón de 54 años con antecedentes de diabetes, dislipemia, hipertensión arterial, hiperuricemia y hernias discales L4-L5 y L5-S1. Desde hace 6 semanas presenta cuadro de dolor lumbar izquierdo irradiado hasta hueso poplíteo con parestesias en el miembro, similar a episodios previos de lumbociatalgia pero sin respuesta a su tratamiento habitual. Asocia dolor subescapular derecho de predominio nocturno, tos seca, astenia, hiporexia y pérdida de peso. La analítica sanguínea es normal. En la radiografía de tórax se aprecia atelectasia subsegmentaria pseudonodular en base derecha y en la de columna dorsal, dudoso acuíñamiento anterior a nivel de D6. En la tomografía toracoabdominal presenta masa pulmonar derecha sugestiva de neoplasia en lóbulo medio con metástasis hepáticas y lesiones líticas a nivel de D6, L2 y L3. Las resonancias magnéticas hepática y de columna dorsal confirman dichos hallazgos.

Conclusiones:

El dolor lumbar constituye una de las consultas más frecuentes en la práctica clínica diaria. Entre sus causas se encuentran anomalías congénitas de la columna lumbar, traumatismos y sobrecargas, tumores, procesos degenerativos, enfermedades inflamatorias e infecciones, así como procesos no vertebrales que generan dolor lumbar de origen visceral. Aunque el 90% de los casos son de origen mecánico, cabe descartar la existencia de datos de alarma que hagan sospechar un origen no mecánico, como la presencia de fiebre, persistencia de dolor a pesar del tratamiento, ritmo inflamatorio, edad superior a 50 años, alteraciones de la micción, pérdida de peso o afectación del estado general. El diagnóstico es eminentemente clínico. La realización de pruebas complementarias se establece por la presencia de síntomas o signos de alarma e incluye analítica de sangre y orina, radiografías, tomografía, resonancia y gammagrafía. El tratamiento abarca medidas farmacológicas y no farmacológicas y viene determinado por la causa.

A-81

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN UN CASO DE ANEMIA DREPANOCÍTICA

N Galán Iguacel, F Marín Morón, E Ruiz Ortiz, V Morales Monsalve, A Real Martín, A González Moreno

Complejo Asistencial de Soria

Palabras Clave: sickle cell anaemia, splenomegaly, hemolisis

Objetivos:

La anemia de células falciformes o drepanocitosis es un trastorno genético en el que por mutación del cromosoma 11 se sintetiza una hemoglobina defectuosa en el transporte de oxígeno, que precipita en el interior del hematíe, ocasionando hemólisis. Estos hematíes en forma de hoz colapsan la microcirculación sanguínea provocando crisis vasooclusivas, que producen isquemia-infarto de múltiples órganos.

Material o pacientes y método:

Mujer de 34 años, natural de Marruecos, con antecedentes de anemia crónica, acude a Urgencias por dolor abdominal difuso, fiebre, vómitos y coluria de 3 días de evolución. A la exploración, palidez cutáneo-mucosa, abdomen blando, depresible, palpándose una masa dolorosa en hipocondrio izquierdo de 6-7 traveses de dedo.

Resultados:

En analítica destaca Hb 8.4 g/dl, VCM 71.7 fl, Bi total 5.1 mg/dl, Bi directa 0.8 mg/dl, LDH 340 U/L. Realizamos ecografía abdominal, apreciándose marcada esplenomegalia con eje longitudinal de 20 cm. Con estos hallazgos, se realiza Coombs directo que resulta negativo y frotis de sangre periférica con aumento de esferocitos. Ante la sospecha de anemia hemolítica de origen no inmune, ingresa en Hematología. Se realiza electroforesis detectándose Hb C 56%, Hb S 39,30%, Hb A2 2,30%, Hb F 2,60% y Hb A no valorable, llegándose al diagnóstico de portadora de anemia drepanocítica (Hb SC). La paciente evolucionó favorablemente al tratamiento con hidroxurea, encontrándose asintomática en la actualidad e iniciándose estudio de familiares.

Conclusiones:

La anemia falciforme afecta fundamentalmente a personas de ascendencia africana, mediterránea e hispanos del Caribe. La gravedad clínica varía desde formas asintomáticas (rasgo falciforme) hasta formas homocigotas graves. Se manifiesta en episodios dolorosos (crisis). Los infartos subclínicos son los más frecuentes a nivel renal, huesos, cerebro, pulmón, piel y bazo, que va perdiendo su función, favoreciéndose las infecciones. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y se confirma mediante electroforesis. El tratamiento durante las crisis es analgesia e hidratación. Debe hacerse vacunación contra gérmenes encapsulados. Fármacos como la hidroxurea disminuyen la hemólisis y las crisis. El trasplante de precursores hematopoyéticos se realiza en casos graves. Es importante el estudio de familiares y el consejo genético.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 1. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN, ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

A-83

TROMBOSIS ESPONTÁNEA DE AORTA OBJETIVADO DURANTE PARO CARDIACO Y ACTIVIDAD ELÉCTRICA SIN PULSO

G Moreno Basarrate (1), J Blázquez Díaz (1), M Garmendia Zallo (1), L Corton Corral (1), JM Álvarez Franco (2)

(1) Hospital Universitario Cruces. Barakaldo, Vizcaya, (2) GAU-061. Baleares

Palabras Clave: trombosis, aorta, ecografía

Objetivos:

La trombosis espontánea de aorta.

Material o pacientes y método:

Paciente de 42 años que presentó desde hacía 4 días omalgia derecha, que obligó a encamamiento. A llegada de SVA, se objetiva actividad eléctrica sin pulso en paciente con paro cardíaco, con primera sospecha diagnóstica un tromboembolismo pulmonar. Sin embargo durante la recusación se redirige el tratamiento al objetivar imágenes en cava y Aorta que demostró trombosis espontánea de Aorta.

Resultados:

La ecografía demostró de utilidad a la hora de tomar decisiones.

A-85

CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS DE LOS NUEVOS DISPOSITIVOS INTRACARDIACOS

A Gil Sánchez, V León Argüero, D Moro Quesada, M Debán Fernández

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Palabras Clave: heart valve prosthesis implantation, radiology, -percutaneous cardiac interventions

Objetivos:

Los recientes avances en el intervencionismo cardiaco percutáneo, con sustitución o reparación valvular aórtica, mitral y pulmonar, cierre de orejuela o implante de marcapasos sin cables conllevan que un número creciente de pacientes con estos dispositivos acudan a los Servicios de Urgencias.

Material o pacientes y método:

Se adjuntan imágenes de radiología simple de dispositivos de cierre de orejuela, válvula aórtica percutánea, válvula pulmonar percutánea, reparación mitral con mitralclip, así como de marcapasos sin cables.

Resultados:

La radiografía simple aporta información importante sobre los nuevos dispositivos percutáneos utilizados en la reparación/sustitución valvular, la estimulación cardiaca y el cierre de la orejuela.

Conclusiones:

El Médico de Urgencias debe habituarse a las imágenes radiológicas de estos dispositivos, que serán cada vez más frecuentes en nuestra actividad.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 2

Enfermería de urgencias

28
Congreso
nacional SEMES



URGENCIAS
evolucionando



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-86

REVISIÓN DEL PROTOCOLO DE EXTRACCIÓN DE LAS MUESTRAS DE HEMOCULTIVOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL PRIVADO

M Comas Torres, AC Pereira, SP Lobo Ferreira, C Fernández Martínez, A Morales Proaño, A de Giorgi

Hospital General de Catalunya. Sant Cugat del Vallés, Barcelona

Palabras Clave: hemocultivo, sepsis, contaminación

Objetivos:

El hemocultivo es el medio diagnóstico utilizado para la detección e identificación de microorganismos en la sangre (septicemia). El personal de Enfermería es el responsable de la extracción de los hemocultivos en el medio hospitalario, de ahí la necesidad de una formación específica en este tipo de técnicas para evitar contaminaciones al extraer las muestras y por lo tanto retraso en la identificación de los gérmenes causantes de la sepsis.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo sobre los hemocultivos realizados en adultos del año 2005 al 2015. Análisis mediante estadística descriptiva. Comparación de los datos de contaminación previos a la implantación del protocolo de extracción de muestras de hemocultivos por el Servicio de Enfermería.

Resultados:

Entre el año 2005 y 2009 el porcentaje de contaminación de los hemocultivos está entre 5, 21% y el 8, 68% siendo el año 2007 el más bajo y el 2008 el más alto. El año 2010 se revisa y se instaura un nuevo protocolo de extracción de muestras de hemocultivos y además se fija como objetivo no superar el 3% de contaminación, así el año 2010 se obtiene un porcentaje de contaminación del 2, 98% y se mantiene bajo hasta el año 2014 con un 2, 65%. El año 2015 el porcentaje de contaminación es de 4, 19%.

Conclusiones:

La implantación del protocolo de extracción de hemocultivos en nuestro centro ha permitido mantener una tasa de contaminación baja de acuerdo a los estándares internacionales en los últimos cinco años.

P-87

ENFERMERÍA COMO CLAVE PARA LA DETECCIÓN DE LA HIPERGLUCEMIA OCULTA (ESTUDIO HYDE)

M Gil Mosquera, J Estrada Carmona, I Teruel Fernández, G Cozar López, S Hernández López, N Aguirre Juaristi, R Cuervo Pinto

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Palabras Clave: hiperglucemia, urgencias, enfermería

Objetivos:

La hiperglucemia es un factor de mal pronóstico en Urgencias y éste hecho es especialmente relevante en el caso de hiperglucemias en pacientes sin diabetes previa, si embargo dichos episodios apenas son detectados y el tratamiento inadecuado de los mismos confiere un importante deterioro pronóstico de los pacientes.

Material o pacientes y método:

Estudio cuasi-experimental con un periodo pre y postintervención. La intervención consistió en la formación a cuatro enfermeros de urgencias, de diferentes turnos de trabajo en la detección y los límites numéricos de la hiperglucemia en no diabéticos y se estableció la realización en el primer día de ingreso a todos ellos de un BMTest basal y uno postprandial considerando positivo un basal > 126 mg/dl y un postprandial > 180 mg/dl. Cuando un paciente daba positivo el enfermero avisaba al médico responsable de la sala. En el periodo PRE se incluyeron todos los pacientes no diabéticos con hiperglucemia ingresados durante el mes de Junio de 2011 en la UCE mediante la revisión de la historia clínica electrónica. En el periodo POST los ingresados en Noviembre de 2015 de forma prospectiva.

Resultados:

En el periodo PRE se incluyeron 53 casos de Nueva hiperglucemia (NHG) de los cuales ninguno fue detectado por enfermería. De ellos 9 (17%) fueron detectados por el médico quedando sin identificar 44 (83%). En el periodo POST se incluyeron 73 casos de NHG, de ellas la prueba de detección fue realizada en 58 pacientes (en 17 casos no hubo ninguno de los cuatro enfermeros en el turno correspondiente quedando excluidos del estudio). De los 58 casos 32 (55, 2%) fueron detectados e identificados por enfermería aunque sólo 14 (24, 1%) lo fueron por el médico de la UCE en el informe de alta.

Conclusiones:

La realización por enfermería de BMTest en no diabéticos en el primer día de ingreso en UCE es una forma eficiente para la detección de NHG, sin embargo, es preciso una mayor implicación de los médicos para dar una mayor significación al alta a dicho procedimiento diagnóstico de enfermería.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

O-88

EL NIVEL DE ANSIEDAD FRENTE A LAS TÉCNICAS SANITARIAS, ¿ES DIFERENTE EN LOS DISCAPACITADOS VISUALES?

M Perales Navarro, S Sáenz Saez, D González Rodríguez,
N González Sardina, J Guerrero Melle, C Fernández Candelas,
F Monforte Escobar

SAMUR-PC. Valdemoro, Madrid

Palabras Clave: ansiedad, ceguera, atención prehospitalaria

Objetivos:

Las situaciones de emergencia y las técnicas sanitarias aplicadas, pueden provocar en las personas situaciones de estrés, nerviosismo y gran ansiedad. Nos preguntamos si la capacidad visual de las personas afecta a su percepción de riesgo y estrés consecuente.

Material o pacientes y método:

Comparación entre dos grupos tras la realización de 5 técnicas (colocación de collarín, camilla cuchara, kendrich, subida y bajada de la ambulancia, posición lateral de seguridad). Selección: adultos voluntarios con y sin ceguera, sin otra limitación sensorial. Variables: edad, sexo, nivel de ansiedad según escala Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger y graduación de ansiedad (0-60, normal, leve, alta, severa). Se añadió una pregunta que clasifica las técnicas en función de la ansiedad y quejas generadas (disconfort). Estadística: medidas centrales y de dispersión de frecuencias. Contraste de hipótesis: prueba de Kolmogorov-Smirnov, chi cuadrado, intervalo de confianza al 95% (IC 95%) $p < 0.05$.

Resultados:

25 personas. Grupo de ciegos ($n = 11$), con 54, 5% varones, mediana de edad: 64 (IQR: 56-72). Grupo de no ciegos ($n = 14$) con 64, 3% varones, mediana de edad: 23 (IQR 19-25). Resultados según STAI cumplen normalidad para los dos grupos. Nivel de STAI: 1) Grupo de ciegos, mediana 13, 5 (IC 95% 4, 25-30), 2) grupo de no ciegos: mediana 7 (IC 95% 3-11). El 42, 9% de personas no ciegas presentaron ansiedad (leve = 14, 3%, alta = 27, 1%, severa 7, 1%) versus grupo ciego con un 0% ($p = 0, 017$). Por técnicas no hay diferencia entre grupos, siendo las técnicas más ansiógenas: colocación del Kendrich y subida y bajada de la ambulancia. Las quejas notificadas fueron en el grupo de ciegos del 45% (IC 95% 21, 3-72%), y para el grupo de no ciegos del 78, 6% (IC 95% 52, 9-92, 4%).

Conclusiones:

La falta de referencias visuales en personas ciegas puede favorecer el tener menor número de estresores y mayor autocontrol con respecto a las personas no ciegas, que presentan mayores niveles de ansiedad a la realización de técnicas sanitarias. No obstante, se deben realizar estudios entre grupos más parecidos en edad para poder atribuir la diferencia entre grupos a la discapacidad visual.

P-89

EL ACCESO VENOSO PERIFÉRICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

M Baeza Mirete (1), ML Teruel Vegara (1), MA Ruiz Cantalejo (2),
A García Ayuso (2)

(1) Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

(2) Calderdale and Huddersfield Trust Fundation.

Palabras Clave: cateterismo periférico, urgencias, catéteres

Objetivos:

La canalización de accesos venosos periféricos es uno de los procedimientos invasivos que con más frecuencia se practican en los Servicios de Urgencias con un fin terapéutico, que puede ser inmediato o no, en función de la sintomatología que presente el paciente o el diagnóstico de sospecha inicial. En estudios revisados hemos encontrado que sobre un 20% de pacientes que acuden a urgencias se les canaliza una vía venosa, valorándose adecuado su uso en el 60%.

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 de referencia del Área VI del Servicio Murciano de Salud, haciendo un muestreo aleatorio sistemático de los pacientes atendidos por el mencionado servicio durante un mes (mayo 2015).

Resultados:

Se canalizaron accesos venosos periféricos a 130 pacientes, el 43% (intervalo de confianza= 43 ± 5 , 6 %). No existe diferencia entre el turno de la mañana y de la tarde (43%) en cada turno, siendo inferior (14%) en el turno de la noche. De los pacientes a los que se les práctico acceso venoso, el 30% (IC: 30 ± 5 , 2%) fueron ingresados, el 14% (IC 14 ± 3 , 9%) se les realizó 2 o más extracciones, en el 77% (ic 77 ± 4 , 7%) figuraba la indicación de vía en el tratamiento, en el 74% (ic 74 ± 4 , 7%) recibieron medicación intravenosa, y el 49% (ic 49 ± 5 , 6%) recibieron suero terapia intravenosa en su tratamiento.

Conclusiones:

En la investigación se pone de manifiesto que el 43% de los pacientes atendidos en nuestro Servicio de Urgencias acaba siendo portador de un acceso venoso periférico. Dentro de ese número de accesos venosos periféricos, el 57% cumplen los criterios de vía venosa periférica adecuada.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

O-90

ACTUALIZACIÓN EN LAS GUÍAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, ¿INTERIORIZAMOS LOS CAMBIOS TAN RÁPIDO COMO LA EMERGENCIA LO REQUIERE?

S Sanz Sáez (1), M Perales Navarro (1), D González Rodríguez (1), J Guerrero Melle (1), C Fernández Candelas (2), MI Casado Flórez (1), MJ García-Ochoa Blanco (1)

(1) SAMUR-PC Ciudad de Madrid, (2) Cuerpo de Bomberos Madrid/Voluntario SAMUR-PC. Madrid

Palabras Clave: heart arrest, learning, prehospital care

Objetivos:

La emergencia como disciplina, está condicionada a los continuos cambios ya que se trata de un medio en continua evolución. Esto supone en los profesionales una necesaria adaptación eficiente y una puesta al día constante. Este estudio se basa en un caso concreto de cambio: las recomendaciones AHA 2010 modifica el tratamiento de los ritmos no desfibrilables eliminando la atropina.

Material o pacientes y método:

Observacional analítico. Criterios de inclusión de PCR no traumáticas con ritmos inicial no desfibrilables y trasladadas con pulso a centro hospitalario. Criterios de exclusión: edad pediátrica. Ámbito: servicio de emergencias extrahospitalario. Periodo: primer semestre 2010 (previo a recomendaciones 2010) y los 4 semestres de 2011-2012 (tras el cambio de recomendaciones). Variables: epidemiológicas (edad y sexo), tiempo de llegada del SEM, variable resultado: atropinas administradas. Estadística: cuantitativas medidas centrales y de dispersión, cualitativas frecuencias absolutas y relativas. Contraste de hipótesis: Kolmogórov-Smirnov, t de student, chi cuadrado, prueba de Mann-Whitney y para la variable resultado mediante IC al 95%, $p < 0.05$.

Resultados:

$n=156$. Los grupos son semejantes en edad (62.9 (DE:14.62) vs 66.3 (DE:16.3) $p=0.26$) y sexo (varones 58.3% (21) vs 66.7% (80) $p=0.36$). Mediana tiempos de llegada del SEM: 2010: 502 sg (IQR: 344-719), 2011: 382 sg (IQR: 312-535), 2012: 350 sg (IQR: 270-444) $p=0.006$. Atropinas utilizadas según periodo: 1) 1º semestre 2010: 32/36 casos (88, 9%), (IC 95% 74, 7-95, 6), 2) 1º semestre 2011: 13/39 casos (33, 3%), (IC 95% 20, 6-49), 3) 2º semestre 2011: 10/35 casos (28, 6%), (IC 95% 16, 3-45), 4) 1º semestre 2012: 3/22 casos (13, 6%), (IC 95% 4, 7-33, 3) y 5) 2º semestre 2012: 0/24 casos (0%), (IC 95% 0-13, 8).

Conclusiones:

En nuestro estudio se observa que, aunque el cambio de recomendaciones supuso un descenso en 2011 de más del 60%, esta disminución se mantuvo gradual a lo largo del año posterior quedando totalmente eliminada en el 2012. A su vez, se observa

que los casos totales disminuyeron a lo largo de los años, posiblemente relacionado con la disminución del tiempo de llegada del SEM. Consideramos rápida la curva de aprendizaje ya que era tratamiento consolidado desde hace más de 10 años. En nuestro servicio, el equipo asistencial cuenta con figuras de supervisión y apoyo *in situ*, además de formación obligatoria, lo que favorece la adhesión al procedimiento y por tanto, la rapidez de adaptación al cambio.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-91

PERCEPCIÓN DE LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

M Ventura Arnella, N Casas Vidal, S Inestal Jareño,
A Olmedo García, P Iglesias Martín

Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

Palabras Clave: cuidados de enfermería, satisfacción, urgencias

Objetivos:

Una de las inquietudes de las enfermeras sobre los cuidados que proporcionan es la opinión que tienen los usuarios. Es difícil evaluar la percepción de calidad de los cuidados de enfermería ya que es una dimensión subjetiva y que depende de muchos factores, como por ejemplo: tipo de patología, tiempo de espera y estructura física del servicio de urgencias entre otras.

Material o pacientes y método:

Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. El instrumento utilizado fue una encuesta validada con preguntas tipo likert que permite medir tanto el grado positivo, como el neutral o negativo de cada enunciado. Los criterios de inclusión fueron el paso por el servicio de urgencias de nuestro centro con un nivel de urgencia I, II o III según el triage, ser mayores de 18 años y haber firmado el consentimiento para participar en nuestro estudio. Las encuestas se pasaron durante los turnos de trabajo de las investigadoras durante el mes de enero de 2016 en el momento del alta o al ingreso.

Resultados:

Treinta pacientes respondieron a las encuestas, de los cuales un 60% mostraron una total satisfacción con los cuidados de la enfermera, un 15% mostraron un nivel de satisfacción bajo, sobretudo en relación con el tiempo dedicado a la atención al paciente por parte de la enfermera, y el resto mostraron un nivel medio de satisfacción.

Conclusiones:

En general, la satisfacción con los cuidados recibidos es elevada. Este estudio va a permitir aplicar las medidas de mejora enfatizando en los aspectos más destacados de la encuesta, por ejemplo la información facilitada a usuarios y acompañantes, así como también continuar trabajando de forma competente con eficacia y eficiencia.

O-92

CATÉTER TIPO CONDÓN, UNA OPCIÓN VÁLIDA

M Torres de Sebastián, C Herrero Benito, E Álvaro Sanz,
A. Martín Quirós, A Torres Hidalgo, S Galindo Gómez

Hospital Universitario La Paz. Madrid

Palabras Clave: sondaje vesical, catéter tipo condón, complicaciones

Objetivos:

Existen múltiples productos sanitarios para el recolección de muestras urinarias. No todos los dispositivos nos permiten la toma de muestras de orina para su análisis. La situación de incontinencia total de pacientes varones a los que es necesaria la toma de muestra urinaria hace necesaria la utilización de dispositivos adicionales para su obtención.

Material o pacientes y método:

Como población muestral se tomó al personal sanitario implicado en la toma de muestras de orina en el Servicio de Urgencias del Hospital de La Paz. El trabajo es un observacional descriptivo cuyos resultados se obtienen de las respuestas recibidas a un cuestionario diseñado a este fin.

Resultados:

Se entregaron un total de 83 encuestas recibiendo 37 de ellas cumplimentadas de las cuales un 70,3% pertenecen al personal de enfermería. En un 73,0% de los casos el dispositivo de elección fue el empleo del sondaje vesical intermitente pese a que el 59,3% de los encuestados piensan en el catéter tipo condón como opción real, conocen sus riesgos total (64,9%) o parcialmente (27,0%) e identifican sus beneficios. Sólo en un 5% de los casos el no empleo del catéter tipo condón se relaciona con no creer en su eficacia mientras que en el resto de los casos es por no pensar este catéter. Destaca como motivo para rehusar su empleo la necesidad de obtener la muestra de manera urgente y las pérdidas accidentales de orina.

Conclusiones:

Del análisis de los resultados se desprende la conclusión de que pese a la relación riesgo/beneficio favorable del catéter tipo condón, éste se encuentra infrutilizado y sería necesaria la realización de programas para fomentar su empleo. Sería pertinente realizar un estudio de coste en comparación con el sondaje vesical a fin de establecer si el catéter tipo condón es una opción real en relación coste/beneficio.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-93

NUESTROS PACIENTES VALORAN NUESTRO TRABAJO Y NOS AYUDAN A MEJORAR

M del Olmo Morales, Al Vélez Castilla, R Palacios García,
P Fraguas Reverendo, V Hidalgo Sedano, MB Arciniega Salazar

Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: encuesta, satisfacción, UCE

Objetivos:

Desde su creación hace tres años la Unidad de Corta Estancia del Servicio de Urgencias ha tenido 2752 ingresos. La opinión de nuestros pacientes es un parámetro de calidad asistencial, ayuda a poner medidas correctoras ¿muchas veces sencillas- y sirve para mejorar la calidad asistencial.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo sobre tres encuestas realizadas a nuestros pacientes, en los meses de Octubre y Noviembre, realizadas de forma consecutiva, voluntaria y anónima. Encuesta a 320 pacientes (12% del total) de 10 preguntas (que pueden ser baremadas de 1 a 10), relacionadas con el trato del personal sanitario, satisfacción con la información recibida y atención recibida, limpieza, confort de las habitaciones, horario de visitas, etc., y un apartado de sugerencias para mejora del servicio. Se analiza la evolución del grado de satisfacción de los pacientes y las medidas correctoras puestas en práctica fruto de las opiniones reflejadas.

Resultados:

La valoración global ha sido muy buena (9, 4/10), destacando los aspectos referidos al trato y la información recibida por parte del personal de enfermería/auxiliar, así como la intimidad sentida. Destaca la mejora sufrida en los aspectos de información médica sobre el proceso clínico, pruebas diagnósticas y recomendaciones al alta. Lo peor valorado ha sido el horario de visitas y aspectos referidos a comodidad de la habitación y hostelería.

Conclusiones:

El grado de satisfacción de nuestros pacientes es muy alto y valoran positivamente nuestro trabajo. La mayoría considera solucionado su problema de salud y volvería a ingresar en la UCE. La realización de encuestas de satisfacción a nuestros pacientes, debería incluirse dentro de la práctica habitual de mejora continua de la calidad asistencial en nuestro trabajo.

P-94

UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: LA IMPORTANCIA EN LA SELECCIÓN DE LOS PACIENTES

MB Arciniega Salazar, R Palacios García, V Hidalgo Sedano,
M del Olmo Morales, MP Fraguas Reverendo, Al Vélez Castilla

Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: UCE, diagnósticos, estancia

Objetivos:

La necesidad de optimizar los recursos hospitalarios, ha justificado la implantación de alternativas a la hospitalización convencional, con el desarrollo de servicios como las unidades de corta estancia. Es determinante para su éxito la rigurosa selección de pacientes con criterios de inclusión bien definidos, dirigidos fundamentalmente a patologías agudas sin criterios de inestabilidad o gravedad y a patologías crónicas agudizadas, correctamente estudiadas y cuyo restablecimiento se prevea en menos de 72 horas.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo (2013-2015) revisando el diagnóstico principal, la estancia media y destino al alta de los pacientes ingresados durante este tiempo, con datos del servicio de Admisión y de Codificación y Documentación Clínica de este hospital.

Resultados:

Durante este periodo ingresaron 2752 pacientes en la UCE. Los diagnósticos mas prevalentes fueron la descompensación de la Insuficiencia Cardíaca (ICC), seguido de enfermedades del sistema respiratorio e infecciones urinarias, suponiendo entre ellos el 76% del total de ingresos. El tiempo de estancia media fue de 2. 64 días. El 89. 5% se fue de alta a su domicilio, ingresando en otras unidades hospitalarias el resto por mala evolución o alargamiento excesivo de su estancia.

Conclusiones:

La estancia media de nuestra UCE ha sido adecuada, solucionándose el problema que originó el ingreso y con parámetros de calidad asistencial, sin aumento en la mortalidad ni en el reingreso de los mismos. Observamos que hay una correcta correlación entre los diagnósticos de ingreso en UCE y el alta a domicilio en un tiempo adecuado de los pacientes. La UCE resulta una alternativa de calidad asistencial para el hospital ayudando a reducir costes y ocupación frente a la hospitalización convencional.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

O-95

TÉCNICAS INVASIVAS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA. ¿CÓMO DISMINUIR LA ANSIEDAD Y EL DOLOR? MEDIDAS DE CONFORT

G Bikuña Madrid, N Arza Alonso, ME Azkuenaga Martín,
L Lizaraburu Recalde, S Malvar González,
MA González Ignacio, A Zubiaurre Ulacia

OSI Debabarrena. Hospital de Mendaro. Gipuzkoa

Palabras Clave: técnicas y procedimientos diagnósticos,
estrés psicológico, niño

Objetivos:

Tradicionalmente las técnicas y procedimientos diagnósticos de enfermería en niños se han realizado sin la presencia de los padres. Esto suponía un aumento del estrés psicológico en niños y padres, provocando una visión negativa hacia los profesionales y dificultando la relación usuario/sanitario. En nuestro hospital comarcal de Mendaro-Gipuzkoa, desde hace unos años, ha comenzado el cambio. Hemos adquirido diferentes estrategias (farmacológicas/no farmacológicas), mejorando así la asistencia al niño y padres. Ahora, hemos querido ir más allá implantando las Medidas de Confort, pioneras en Reino Unido.

Material o pacientes y método:

Creación de grupo de trabajo. Realización de encuestas a compañeros. Búsqueda bibliográfica.

Resultados:

Un 98% de los enfermeros realiza las técnicas invasivas en presencia de los padres. A pesar de que el 38% preferirían no tenerlos presentes. Avances en nuestro servicio en los últimos años: Farmacológicos: EMLA pomada anestésica en venopunción.

Conclusiones:

Los niños toleran mejor las técnicas invasivas con todas estas mejoras, lloran menos y se sienten más seguros en brazos de sus progenitores. Disminuye su estrés psicológico. Los padres más contentos, seguros y tranquilos porque acompañan a sus hijos.

O-96

HEMOLISIS EN LAS EXTRACCIONES ANALÍTICAS EN URGENCIAS: FACTORES QUE INTERVIENEN

J Benítez Vaquero, M Samaranch Gusi, L Abad Sánchez,
M Ruiz Calonge, E Montosa Narváez

Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

Palabras Clave: hemolisis, venopunción, urgencias

Objetivos:

La extracción analítica es una prueba de vital importancia en Urgencias. Por ello, es muy importante escoger los dispositivos que garanticen unos resultados analíticos fiables.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, analítico, transversal y prospectivo. Ámbito: servicio de Urgencias de un hospital terciario. Sujetos de estudio: pacientes a los que se les realizó una analítica en urgencias durante el mes de Diciembre de 2015. Recogida de datos: hoja de registro de enfermería. Análisis estadístico: SPSS v. 22.

Resultados:

La muestra es de 763 pacientes con una edad media de 65 años. El porcentaje de hemolisis ha sido de 10, 6%. No observamos diferencias entre sexos (12% mujeres, 11% hombres, p ns), en la técnica de extracción (12% vía periférica, 8% aguja endovenosa, 7% palomita, p ns), en el dispositivo de transferencia (9% vacutainer, 11% vacutainer luer-lock, 11% jeringa, p ns), ni entre los volúmenes de las jeringas (12% 10 ml, 8% 5ml, 9% 2 ml, p ns). El riesgo de hemolización aumenta en los pacientes <80 años (16% <80 años, 7% >80 años, p <0,001) con la dificultad en la extracción de la muestra (17% dificultad, 10% no dificultad, p=0,02), en el turno de tarde (9% mañana, 15% tarde, p 0,02) y con el grado de experiencia del profesional que saca la muestra (8% > 5 años trabajados, 14% < 5 años trabajados, p<0,01).

Conclusiones:

El riesgo de hemolisis de la muestra es mayor en pacientes menores de 80 años, en los que la extracción fue dificultosa, y relacionándose con el grado de experiencia del profesional que la extrae. No se observan diferencias entre los dispositivos que se utilizan en la extracción.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

O-97

ACTITUDES FRENTE A LA CANALIZACIÓN INTRAÓSEA EN EL PERSONAL SANITARIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

S Martínez Isasi, DJ Castro Dios, F Martínez González, ME Martínez Moreira, I Expósito Freijomil, B Remuñán Rodríguez

EOXI. A Coruña

Palabras Clave: acceso intraóseo-urgencias médicas, actitudes

Objetivos:

La canalización intraósea (IO) es una alternativa sencilla y rápida a la canalización venosa (CV). Las últimas recomendaciones del ERC la señalan como la 2ª opción de acceso periférico, reduciendo a un minuto el tiempo para intentar la CV antes de canalizar una IO. Es una técnica que requiere entrenamiento y es frecuente la existencia de barreras en su uso.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo transversal. Se realizó un cuestionario *ad hoc* con respuestas cerradas y/o en una escala Likert (1 es muy en desacuerdo hasta 5 muy de acuerdo). El cuestionario se realizó previa formación continuada del personal sanitario de urgencias extrahospitalarias de atención primaria. Se recogieron un total de 67 cuestionarios.

Resultados:

El 66, 7% eran médicos y el 37, 3% enfermeros. El 80% referían haber recibido formación en IO, siendo ésta teórico-práctica en el 75, 9%. El 4, 5% canalizó una IO en su ejercicio profesional y siempre fue canalizada por personal médico. El 81, 8% del personal refirió como pobre o regular su grado de conocimiento de la IO, siendo los porcentajes superiores en la enfermería. La formación, y concretamente la formación teórico-práctica, influyó de manera positiva ($p < 0.05$) en la percepción del grado de conocimiento de los profesionales. La enfermería presentó porcentajes inferiores de acuerdo en las actitudes específicas (indicaciones y contraindicaciones de canalización IO y experiencia práctica) y en las actitudes normativas (existencia de un estigma negativo de la IO y la no familiarización con el uso de la IO) respecto al colectivo médico. La experiencia práctica y las indicaciones y contraindicaciones de la canalización de la IO se asociaron ($p < 0.05$) con no estar familiarizado con el uso de IO.

Conclusiones:

La formación teórico-práctica de los profesionales, sobre todo en la enfermería, debe ser el camino para ampliar los conocimientos, eliminar las barreras y proporcionar herramientas prácticas para el uso de la IO.

O-98

DETECCIÓN PRECOZ DE LA INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO EN EL ÁMBITO PREHOSPITALARIO

ME González García (1), I González Torre (2), J Quijano Herrero (3), E Álvarez Rubial (4), M Mañá González (5), C Álvarez de la Mata (6)

(1) Centro de Salud Ponferrada II, (2) Centro de Salud Bembibre, (3) Centro de Salud Ponferrada III, (4) Emergencias Sanitarias Sacyl. Ponferrada, (5) Centro de Salud Ponferrada II, (6) Centro de Salud Ponferrada III. León

Palabras Clave: intoxicación por monóxido de carbono, determinación, carboxihemoglobina

Objetivos:

La intoxicación por monóxido de carbono (CO) constituye junto a la intoxicación por drogas de abuso, la principal causa de muerte de origen tóxico en nuestro medio. La combustión incompleta de materia orgánica o inorgánica da lugar al monóxido de carbono, un gas tóxico, inodoro e invisible, con una afinidad por la hemoglobina más de 200 veces superior a la del oxígeno. Como consecuencia se produce el desplazamiento del oxígeno, provocando la formación de carboxihemoglobina (COHb), que es indicador de intoxicación por CO. La clínica es variable en función del grado de intoxicación, produciendo en casos no graves sintomatología inespecífica como cefalea, astenia, diarrea y vómitos. Esto puede conducir a diagnósticos erróneos, lo que se traduce en un infradiagnóstico del problema.

Material o pacientes y método:

Se realizó una revisión bibliográfica mediante búsqueda en las bases de datos Medline, Cuiden, Biblioteca Cochrane plus y Google Académico, empleando los términos DECS: Intoxicación por monóxido de carbono, determinación y carboxihemoglobina. Seleccionando 10 artículos y efectuando una lectura crítica de estos.

Resultados:

La intoxicación por monóxido de carbono está infradiagnosticada en gran medida por la inespecificidad de los síntomas, pudiendo pasar desapercibida. Valores iguales o superiores al 10% de COHb son considerados diagnósticos. Se estima una tasa de mortalidad de aproximadamente el 4%. Un procedimiento no invasivo y de gran utilidad como método de detección precoz podría ser el uso de la pulsicoximetría, ya que la pulsioximetría no es válida al no discriminar la carboxihemoglobina de la oxihemoglobina.

Conclusiones:

El uso del pulsicoxímetro en el ámbito prehospitalario puede ser de gran utilidad para detectar de forma no incruenta posibles casos de intoxicación por CO, teniendo en cuenta que el diagnóstico de certeza debe realizarse mediante determinación de valores en sangre de carboxihemoglobina. La labor de enfermería es fundamental en la valoración de signos y síntomas que puedan alertar acerca de una posible intoxicación.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-99

TRIAJE, ¿DE VERANO O DE INVIERNO?

S Martínez Martínez, AM Castaño Palacios, S Cabrera Gómez,
JL Franco Caurel, MN García Martínez

Hospital El Bierzo. León

Palabras Clave: enfermería, triaje, estadística

Objetivos:

Desde el año 2007 en el Hospital El Bierzo, se realiza triaje en el servicio de urgencias. El triaje es clasificar y priorizar la atención urgente de pacientes. Nosotros utilizamos el sistema de triaje español (SET Web_ePAT v. 4. 0), donde podemos encontrar 5 niveles de atención que van desde el I o atención inmediata al V que indica no urgencia y puede demorar la atención hasta 240 minutos. Con el sistema SET de triaje clasificamos a los pacientes dentro de categorías sintomáticas y subcategorías que se agrupan en motivos clínicos de consulta, todos vinculados a las diferentes categorías y subcategorías sintomáticas. El triaje lo realiza la enfermería desde las 8 de la mañana hasta las 22 horas de la noche. Durante el año 2015 se han visto un total de 55916 atenciones, de las cuales se ha hecho el triaje a 40914 pacientes.

Material o pacientes y método:

Para realizar este trabajo hemos dividido el año en 2 periodos de tiempo. Uno más cálido, desde mayo hasta octubre, y otro más frío, el resto del año. Se revisaron y analizaron los datos del triaje de los pacientes adultos durante un año.

Resultados:

Tras el estudio de la huella digital nuestro hospital es un hospital de nivel IV de triaje, la atención a más de la mitad de los pacientes podría demorarse hasta 120 minutos, pues se trata de urgencias menores, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. En el estudio realizado con χ^2 se comprueba: en los meses de verano aumenta significativa y evidentemente las atenciones a pacientes con lesiones o traumatismos, problemas de extremidades, alergia-reacciones cutáneas e inestabilidad, y en los meses de invierno aumentan las atenciones en las categorías de disnea e inflamación y fiebre.

Conclusiones:

Tras el análisis de los datos recogidos del triaje, podemos concluir que existe una diferencia significativa entre categorías sintomáticas y el periodo del año.

P-100

NECESIDADES PSICOSOCIALES DE CUIDADOS SEGÚN EL MOTIVO DE ASISTENCIA EN PACIENTES ATENDIDOS POR UNA ENFERMERA DE URGENCIAS A DOMICILIO

D Fernández Vargas (1), S Martín Caravante (2), C Rivero Sánchez (3),
SR López Alonso (3), C Linares Rodríguez (3), AI Martínez García (3)

(1) Hospital Virgen de la Victoria. Málaga, (2) Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. Distrito Sanitario Málaga, (3) Dispositivo de Apoyo. Distrito Sanitario Costa del Sol. Málaga

Palabras Clave: nurse, emergencies, ambulatory care

Objetivos:

La estandarización de planes de cuidados se ha fundamentado en el consenso profesional debido a los escasos estudios de prevalencia diagnóstica existente hasta la actualidad.

Material o pacientes y método:

Diseño: Estudio transversal. Pacientes del Distrito Sanitario Málaga atendidos consecutivamente por una enfermera de Enero 2012 a Noviembre 2014. Las variables principales fueron: el motivo de asistencia según CIE-9, diagnósticos sobre las necesidades psicosociales de cuidados (basadas en diagnósticos NANDA). Análisis descriptivo con medidas de tendencia central y tablas de frecuencia, además de una regresión logística multivariante.

Resultados:

Se incluyeron 1569 pacientes con una edad media de 72 años, siendo un 63, 5% mujeres. Los motivos de asistencia más frecuentes fueron: dolor músculo-esquelético (18, 5%); mareos/vértigo (9, 3%); problema social y asintomático/sin patología urgente (8, 9%); heridas y úlceras (6, 7%); hipertensión arterial (6, 1%); vómitos, diarrea y otros (4, 8%); dolor oncológico y paciente terminal (4, 1%); infección urinaria, cólico nefrítico y dolor genito-urinario (3, 8%); hiper/hipoglucemia (3, 1%). Las necesidades de cuidados según motivo de asistencia fueron: dolor músculo-esquelético: incumplimiento o manejo inefectivo del tratamiento (RR: 2, 8); conocimientos deficientes (RR: 1, 5), siendo $p < 0, 05$. Mareos/vértigos: Conocimientos deficientes (RR: 5, 0). Problema social/asintomático/sin patología urgente: Temor (RR: 5, 5), Respuestas de afrontamiento inadecuadas (RR: 4, 6) y Manejo Inefectivo de dispositivos Sanitarios, No Diagnóstico NANDA- (RR: 7, 9), siendo $p < 0, 05$. Hipertensión arterial: Ansiedad (RR: 3, 3), Temor (RR: 5, 7), siendo $p < 0, 05$. Dolor oncológico y paciente terminal: Incumplimiento o Manejo Inefectivo del Tratamiento (RR: 2, 3) y Respuestas de afrontamiento inadecuadas (RR: 2, 7), siendo $p < 0, 05$. Hiper/hipoglucemia: Incumplimiento o Manejo Inefectivo del Tratamiento (RR: 2, 7) y respuestas de afrontamiento inadecuadas (RR: 3, 2), siendo $p < 0, 05$. El resto de motivos de asistencia no se asociaron a ninguna necesidad psicosocial de cuidados.

Conclusiones:

La identificación de las necesidades psicosociales según el motivo de asistencia sirve para estandarizar los planes de cuidados y como indicador de calidad en la auditoría de las valoraciones de los pacientes, lo que facilita la mejora continua de la práctica clínica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-101

EFFECTOS DE UNA MICROORGANIZACIÓN FUNCIONAL EN EL ÁREA DE NIVEL 3 DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE ESPERA

L Millet Andreu, N Fradera Peiró, N Vilarrubias, E Uria Álvarez, O Miró Andreu

Hospital Clínic. Barcelona

Palabras Clave: tiempo de espera, número de pacientes en espera, paciente autónomo

Objetivos:

En el nivel 3 del Servicio de Urgencias del Hospital Clínic de Barcelona, el tiempo de espera (TE) de visita era muy elevado, 126 minutos de media en 2013, provocando un elevado número de pacientes en espera (NPE). Se planificó una microorganización funcional para intentar paliar este problema.

Material o pacientes y método:

Estudio cuasiexperimental donde se valoró las diferencias del NPE y del TE antes y después de la microorganización funcional, sustituyendo 2 camillas de uno de los 8 boxes de visita por 6 sillas. Los pacientes incluidos en este dispositivo debían estar orientados, moverse con autonomía y poder esperar sentados. Se compararon el NPE y el TE de ambos periodos a partir del registro informático generado en tres momentos del día (14, 16 y 20 h). Los datos de los pacientes que esperaban sentados se recopilaban en un cuaderno de registro específico.

Resultados:

En el periodo preintervención se atendieron una mediana de 68, 5 pacientes al día, rango intercuartil (RIC) 18, 5 y en el periodo postintervención 80, 5 pacientes al día (RIC 25, 2, $p=0,049$). En el box de sillas, durante el periodo postintervención, se sentaron una mediana de 11 pacientes/día, rango intercuartil (RIC) 7. No se observaron diferencias significativas en el NPE entre ambos grupos en ninguno de los momentos observados, siendo la mediana del grupo postintervención a las 14 h de 6 pacientes (RIC 7, $p=0,783$), a las 16h de 10, 5 (RIC 9, $p=0,529$) y a las 20h de 6, 5 (RIC 8, $p=0,521$). El TE tampoco varió, siendo la mediana del grupo postintervención a las 14h de 62 min (RIC 44, $p=0,533$), a las 16 h de 127 min (RIC 13, $p=0,858$) y a las 20 h de 77 min (RIC 110, $p=0,228$).

Conclusiones:

La microorganización funcional no modificó ni el NPE ni el TE, pero permitió mantener estos indicadores estables a pesar de que durante el periodo postintervención aumentó la afluencia de pacientes. Actualmente, trabajamos basándonos en la metodología LEAN.

O-102

RESULTADOS DE LAS UNIDADES DE SOPORTE VITAL AVANZADO DE ENFERMERÍA EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS PREHOSPITALARIO

A González Municio, JJ Giménez Mediavilla, MA Tejedor Castillo, P Miravet González, E Pastor González, FJ Quiroga Mellado, F Prados Roa

Samur. Protección Civil. Madrid

Palabras Clave: emergency nursing, emergency medical services, ambulances

Objetivos:

En el servicio SAMUR-Protección Civil contamos con 2 tipos de recursos asistenciales: USVA y USVB. De un tiempo a esta parte se viene contando con asiduidad con otro tipo de recurso: USVA con médico y 2 técnicos (SVA-M) o bien con enfermería más 2 técnicos (SVA-E). La eficacia de este último recurso es una incógnita y este estudio tiene la finalidad de conocerla.

Material o pacientes y método:

Estudio de prevalencias. Criterios de inclusión Intervenciones realizadas por las unidades de soporte vital enfermero. Ámbito servicio de emergencia extrahospitalario que desarrolla su actividad en vía pública. Periodo: año 2015. Variables: Códigos de intervención Tiempos de llegada al suceso. Diagnóstico principal, llamada a SVA, Traslado hospitalario. Variable resultado: Eficacia (intervención que es capaz de resolver por sí misma o con apoyo de recurso distinto de SVA). Estadística cuantitativas medidas centrales y de dispersión, variables cualitativas frecuencias relativas y absolutas Contraste de hipótesis: de normalidad por la prueba de Kolmogorov Smirnov e Intervalos de confianza al 95%, IC 95% $p < 0,005$.

Resultados:

Del global de activaciones de un recurso avanzado del año 2015 (38.979) el 13,5% (5.270) fueron activaciones para el SVA-E Mediana de tiempo de llegada del SVA-E: 9,17' (IQR: 7'08"-12'16") códigos de activación más prevalentes son: caídas en el 19,9% (1045), tráfico 16,7% (882) y patología cardiovascular sin identificar 24,2% (1274) Tipo de patología atendida: 44,8% (2.363) trauma (1146 contusiones menores), 16,2% (853) cardiovascular, el 14%(736) no patología o anulación por central, el 7,5% (397) psiquiátrica, 4,2% (221) neurológica, 3,8% (203) intoxicaciones, el 1,27% (67) respiratoria y 1,02% (54) metabólica. Se traslada a hospital el 44,5% (2.345) de estos 2.186 (93,2%) es trasladado por SVA-E y 159 (6,8%) por SVA completo. De las 5.270 activaciones solo el 5,7% (301) (IC 95% 5,1-6,3) necesitan apoyo de SVA completo *in situ*.

Conclusiones:

Durante el año 2015 casi 2 de cada 10 avisos de emergencia es atendido por un@ enfermer@, casi la mitad eran sucesos traumáticos, y se resuelven prácticamente en su totalidad (94,3%) sin necesitar apoyo de recurso avanzado Por esto último consideramos el SVA-E un recurso eficaz para el sistema pudiéndose regular éste con 3 tipos de recursos optimizando el uso del SVA completo.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-103

USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS: ABREVIATURAS

M Loma-Ossorio Mahave, M Gayubo López, P Zamora Lara,
AR Simón Hernando, MC Santiago Valladolid

Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: abreviatura, uso seguro de los medicamentos, enfermería

Objetivos:

Una de las líneas estratégicas del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, dentro de los aspectos relacionados con la seguridad del paciente en la atención sanitaria, está centrada en el uso seguro de los medicamentos. La correcta utilización de abreviaturas es una parte importante de este proceso, y organismos como el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España) recomienda seguir unas directrices que garanticen que la comunicación entre los profesionales responsables de cada una de las fases del uso de medicamentos sea eficaz, minimizando así los errores por este motivo. Para el personal de enfermería, responsable de la administración de los medicamentos prescritos, la buena comunicación entre los profesionales que intervienen en este proceso es fundamental.

Material o pacientes y método:

Con el presente trabajo exponemos cómo el Grupo de Trabajo de Enfermeras de Urgencias de Burgos (GEUB) ha solucionado la incorporación de abreviaturas en una Guía de Administración de medicamentos por vía parenteral en Urgencias, para conseguir su implementación en el Hospital Universitario de Burgos (HUBU) y así manejar un lenguaje común entre los profesionales que intervienen en los eslabones de la cadena de uso de los medicamentos.

Resultados:

Principales Recomendaciones: Evitar términos imprecisos y abreviaturas, símbolos y acrónimos no estandarizados. Orden en la prescripción: nombre del medicamento (por principio activo), dosis y unidad de dosis, forma farmacéutica, frecuencia de administración (formato horario de 24 h) y vía de administración. Nunca abreviar el nombre del fármaco. En fármacos de liberación modificada incluir el tipo de liberación. Utilizar el sistema métrico y los números arábigos. Especificar dosis exacta para cada administración y no dosis diaria total. Incluir la duración del tratamiento. El volumen se especificará preferentemente en mL (mililitros). Evitar el uso innecesario de decimales y fracciones.

Conclusiones:

Un listado de abreviaturas estandarizado en cada institución, promueve el uso seguro de los medicamentos evitando eventos adversos y mejorando la comunicación entre los diversos profesionales sanitarios.

O-104

PERFIL DEL USUARIO DE LA UNIDAD DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

M de la Fuente García-Soto, N Arnáiz Moreno, P Bailo Castilla,
S Marcos Jiménez, L Martín López, JM de Santos Izquierdo

Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: enfermería de urgencia, atención de enfermería, servicios médicos de urgencia

Objetivos:

Las unidades de observación de urgencias (UOU) se han desarrollado como alternativa al ingreso hospitalario tradicional. La estancia en ellas no debe superar las veinticuatro horas. El paciente permanece así en el servicio de urgencias para continuar el proceso diagnóstico, la administración de un tratamiento, comprobar la evolución clínica o facilitar una resolución con garantías de calidad y seguridad. Englobado en un proyecto cuya finalidad es unificar la actuación del personal de enfermería para aplicar cuidados de calidad en la UOU, nos hemos visto en la necesidad de realizar primero un análisis del perfil del usuario de nuestro servicio.

Material o pacientes y método:

Se analizó la actividad asistencial de la UOU del Hospital Universitario de Burgos (HUBU) durante el año 2015. Se diseñó un estudio observacional, descriptivo, transversal. Ámbito y población de estudio (criterios de inclusión y exclusión). Tamaño muestral n=194 (margen de error 5%, nivel de confianza 95% y nivel de heterogeneidad 50%). Variables: demográficas, tiempo y motivo de estancia, especialidad y destino del paciente.

Resultados:

Ocupación: 45% mujeres, 55% varones. Edad: 84% mayores de 72 años. Ingreso por turno: mañana 35%, 44% tarde y 21% noche. Altas por turno: 62% mañana, 29% tarde, 9% noche. Especialidades: 64% urgencias, 7% cirugía general, 6% neurología, 5% cardiología.

Conclusiones:

Los datos estadísticos obtenidos indican gran heterogeneidad de pacientes y patologías dependientes de prácticamente todas las especialidades médicas existentes en el hospital. Observamos que en la UOU faltan herramientas de enfermería para detectar necesidades de los pacientes y protocolos específicos para resolver sus problemas de salud.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

O-105

ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES NIC, EN SERVICIOS DE URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS DEL SUMMA 112

A Ramírez Barba, Y Pérez Barba, EM Aguilar Vivar,
A Barberá Gómez, JC Cerdeira Varela

SUMMA 112. Torrejón de la Calzada, Madrid

Palabras Clave: evaluación de resultados de intervenciones terapéuticas, atención ambulatoria, atención de enfermería

Objetivos:

Los Servicios de Urgencia de Atención Primaria (SUAP) de Madrid pasan en el año 2005 a la organización del SUMMA 112, siguiendo el Plan Integral de Urgencias y Emergencias de la Comunidad de Madrid. Prestan su asistencia en todo el territorio de la Comunidad de Madrid y actualmente existen 37 centros repartidos por toda la Comunidad en horario de 20:30 a 08:30 h días laborables y de 24 horas los festivos y fines de semana.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional retrospectivo de la actividad realizada por el personal de Enfermería en los SUAP's. Los datos obtenidos provienen de la aplicación informática que se utiliza para la asistencia a los usuarios.

Resultados:

Un aumento de actividad total del año 2014 de un 18% y del año 2015 de un 18, 47%, dando como resultado un aumento del 36, 47 % desde el año 2013 al 2015. Incremento de la actividad interdependiente con Medicina en un 10, 4% en 2014 y en un 11, 04% en 2015. Incremento de la actividad de Urgencia propia de Enfermería en 10, 63% en 2014, mientras que en 2015 en un 10, 20%. Aumento de la actividad programada de Enfermería en un 10, 37% en 2014 y solo un 10, 32% en 2015. Por zonas de Madrid y los diferentes NIC, el aumento de la actividad es muy parecida.

Conclusiones:

Las intervenciones enfermeras (NIC), son parte fundamental y necesarias para realizar de forma correcta la atención a pacientes. Por ello, está clara y justificada la importancia del trabajo de la enfermería de SUAP para así, mantener los cuidados asistenciales de forma integral, organizada y adecuada. Dado el aumento de la actividad se observa la justificación del aumento del número de profesionales y de la necesidad de docencia del mismo.

O-106

APLICACIÓN INFORMÁTICA GACELA: UNA HERRAMIENTA ÚTIL PARA LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN NUESTRA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE URGENCIAS

R Palacios García, M del Olmo Morales, P Fraguas Reverendo,
V Hidalgo Sedano, MB Arciniega Salazar, AI Vélez Castilla

Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: informática, corta estancia, registros de enfermería

Objetivos:

Con la implantación de la historia clínica electrónica, enfermería ha adaptado sus numerosos registros a un sistema informático global a través de la aplicación informática GACELA.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo que incluye a la totalidad de pacientes ingresados en la U.C.E. durante sus tres años de funcionamiento. Se realiza el análisis de una serie de registros de enfermería presentes en el programa informático, mediante cortes trimestrales y semestrales aleatorios. Para que el estudio cobre dimensión expondremos una breve descripción de la aplicación informática GACELA en sus diferentes apartados.

Resultados:

Los datos de cabecera, siempre visibles, tales como antecedentes personales, diagnóstico de ingreso y alergias fueron registrados casi en la totalidad de los casos. La valoración de necesidades básicas y socio-familiar, las escalas de dependencia y la elaboración de un plan de cuidados de enfermería, fueron realizadas y evaluadas en la mayoría de los pacientes, en el momento del ingreso. La cumplimentación del informe de alta de enfermería, aunque se realizó en la mayor parte de los pacientes, es un objetivo francamente mejorable.

Conclusiones:

El proceso de informatización ha supuesto una mejora considerable para la seguridad del paciente, evitando errores de transcripción y legibilidad, evitando pérdidas y extravíos de documentación clínica, y facilitando el acceso a todos los apartados de la historia clínica de forma inmediata. Supone un instrumento que aporta accesibilidad a otros profesionales sanitarios facilitando y fomentando el trabajo en equipo. Aporta beneficios en cuanto a la confidencialidad, al control y la gestión de datos enfocada a la investigación. Consideramos que una herramienta informática funcional es de relevante importancia y necesaria para un óptimo desarrollo de la labor de enfermería, así como para ofrecer unos cuidados de calidad al paciente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-107

EDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA DE NUESTROS PACIENTES EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

MB Arciniega Salazar, V Hidalgo Sedano, M del Olmo Morales, R Palacios García, AI Vélez Castilla, MP Fraguas Reverendo

Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: Barthel, edad, dependencia

Objetivos:

El envejecimiento de nuestra población, hace que el perfil de pacientes que atendemos en los Servicios de Urgencias sea cada vez de edad más avanzada y pluripatologías. Un alta precoz adecuada supone importantes beneficios no solo económicamente, sino que también para el paciente, puesto que reduce complicaciones frecuentes como las infecciones nosocomiales, favorecen la integración social y familiar temprana y limitan el impacto funcional que supone una estancia hospitalaria más prolongada.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo incluyendo a todos los pacientes ingresados en UCE durante sus tres años de funcionamiento, con datos del servicio de Admisión y Documentación Clínica del Hospital. Para la valoración del grado de dependencia, hemos usado la escala de Barthel, que mide el grado de independencia para realizar las actividades básicas para la vida diaria, midiendo 10 actividades, con varios ítems cada una que van de la independencia a la dependencia total, y recogida por el programa de gestión de enfermería GACEIA.

Resultados:

Desde la apertura de la UCE ingresaron 2752 pacientes, con mediana de edad de 78. 5 años los pacientes mayores de 75 años son 1232 que supone el 44. 7% del total. El 24 % de los pacientes obtuvieron una puntuación inferior en la escala de Barthel a 60 puntos que indica una dependencia severa. Un 31% tiene puntuación entre 60 y 90 puntos con independencia moderada. Un 45% presenta una puntuación de 90-100 puntos que nos indica independencia total o dependencia escasa.

Conclusiones:

Aunque casi la mitad de nuestros pacientes tienen una edad superior a los 75 años, la mayoría de ellos son totalmente independientes o presentan una dependencia escasa. El grado de dependencia influye de forma decisiva en la reducción de la estancia de nuestros pacientes y en la resolución del motivo de ingreso en la UCE.

P-108

DIABETES MELLITUS Y URGENCIAS, CON VOZ PROPIA

C Calle Domínguez (1), I Bravo Tejedor (2), A Borrella Romero (3), A Batalla Sardá (1)

(1) Centro de Salud Barrio del Pilar, (2) Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona, (3) Vitalia 24 h. Madrid

Palabras Clave: diabetes mellitus, servicios médicos de urgencias, satisfacción del paciente

Objetivos:

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica con una alta prevalencia en España, afectando a un 13, 8% de la población general. Un 30- 40% de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) conviven con esta patología. Conocer las preocupaciones que tienen estos pacientes cuando son atendidos en un SUH ayudará a proporcionar una mejor atención, aumentar su seguridad y confianza en el equipo sanitario.

Material o pacientes y método:

Mediante correo electrónico se realiza una pregunta abierta: "En relación a la diabetes, cuéntanos tu experiencia y atención recibida en los servicios de urgencias hospitalarios", a pacientes y/o padres de personas con DM I. Recopilando 9 casos y sintetizando las respuestas obtenidas. Los participantes fueron reclutados a través de voluntarios de la Federación de Asociaciones de personas con Diabetes de Extremadura (FADEX).

Resultados:

Se destaca en general la rápida atención. Cuatro de los casos reclaman un trato más humano, expresando desconcierto, preocupación y miedo. Destacan el desconocimiento de pautas de insulina, de la dieta por raciones y del manejo de las bombas de infusión continua de insulina por parte de sanitarios del SUH, quedando la enfermedad bajo control del paciente y/o familiares. Relacionan el trato recibido con la sensibilidad de los sanitarios respecto a la patología y con su formación, considerada escasa. En 3 casos se cuenta el paso por urgencias en el debut de una DM I, en el cual la atención no se adaptó al momento.

Conclusiones:

Lo que más preocupa a los pacientes cuando acuden a urgencias es la pérdida de control sobre su enfermedad y la falta de conocimientos de los sanitarios. Sería interesante analizar si los profesionales tienen esos conocimientos pero no transmiten seguridad a los pacientes o, si existen conocimientos deficientes y es necesaria mayor formación. Con los resultados obtenidos y la escasa evidencia acerca del tema, es necesario investigar sobre ello para mejorar la calidad de la asistencia.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-109

ACTUACIÓN EFICAZ Y COORDINADA DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN UN SERVICIO DE URGENCIA

E Rodríguez Rodríguez (1), B López Lesmes (2), M Riquelme Alfaraz (3), O Senín Martín (3), R Ramos Gómez (4), R Cuñado Cerro (4)

(1) Hospital Universitario Cruces. Baracaldo, (2) Hospital Universitario Cruces. Baracaldo, (3) Medical DOM, (4) Hospital de Laredo. Portugalete

Palabras Clave: hemorragia, gravedad del paciente, cuidados críticos de enfermería

Objetivos:

Dado el gran número de hemorragias digestivas altas (en lo sucesivo HDA) atendidas en el Hospital Universitario de Cruces, y teniendo en cuenta que son las complicaciones cardiovasculares su primera causa de mortalidad, consideramos de gran importancia la detección precoz de signos y síntomas de hemorragia activa, y el conocimiento de los criterios de gravedad del paciente por parte del personal de enfermería, para ofrecer una actuación rápida que nos permita mejorar la supervivencia del paciente.

Material o pacientes y método:

Mediante la revisión de datos bibliográficos y estadísticos, proponemos un sistema optimizar la atención enfermera ante la HDA.

Resultados:

La existencia de un algoritmo de actuación específico facilita y agiliza la atención al paciente de H. D. A. La eficacia de este algoritmo depende directamente del grado de conocimiento que del mismo tenga el resto de los servicios implicados en el proceso de atención (gastroscopia de urgencias, banco de sangre, radiología). Teniendo en cuenta que este tipo de urgencias en ocasiones desembocan en el fallecimiento del paciente en la misma urgencia, la aplicación de este algoritmo debe estar siempre unida a la observación constante y el acompañamiento cercano del paciente por parte de enfermería.

Conclusiones:

En lo que respecta al tema que nos ocupa, es imprescindible la implicación de enfermería a la hora de interiorizar el algoritmo de actuación en caso de HDA, así como el reconocimiento de su valor intrínseco. Solamente desde la colaboración y coordinación del equipo de asistencia se podría conseguir que la inestabilidad del paciente propia de este tipo de urgencias sea eficazmente reversible. En los casos en que desafortunadamente no sea así, y habida cuenta del estado consciente del paciente durante todo el proceso, cobrará especial relevancia la labor de acompañamiento por parte de enfermería.

P-110

ANÁLISIS DE REVISITAS EN 72 HORAS A URGENCIAS DE UN TRAUMA CENTER

H Sanmartín Allué, S Garcés Horna, S Ríos Pérez, B García Langoyo, Y Muñoz González, M Cortés Gracia, O Morales González

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Palabras Clave: urgencias, traumatología, calidad

Objetivos:

El índice de revisitas a urgencias antes de 72 horas, es considerado, por muchos autores, un buen indicador de calidad asistencial por la adecuación diagnóstico terapéutica. Su frecuencia depende de muchos factores, pudiéndose clasificar en cinco grandes grupos: las debidas a la propia enfermedad, al enfermo, al médico, al sistema o sin relación con el motivo de consulta inicial.

Material o pacientes y método:

Durante 2 meses consecutivos, se incluyeron todos los pacientes que, después de ser dados de alta de la unidad de urgencias traumatológicas, regresaron al servicio antes de 72 horas, en un hospital Trauma Center con 45000 episodios anuales. Se recogieron datos clínicos y epidemiológicos, se identificaron la causa de la revisita, los motivos de consulta y niveles de prioridad, así como los ingresos tras la revisita.

Resultados:

Se registraron 115 revisitas, con n=111 supuso un índice de revisitas de 2,07%. El análisis multivariante demostró, como factor predictor positivo de revisita, una edad superior a 54, 28 años, existiendo una diferencia significativa ($p=0,00$). Donde en varones la edad media fue 45, 69 ± 19 , 47 y en mujeres 61, 02 ± 21 , 32. El nivel de prioridad más frecuente fue el nivel III, suponiendo un 59,09% de los casos. Comparando el nivel de triaje entre visitas, en un 89,56% de los casos, el nivel de prioridad fue menor o igual a la primera visita. El 62,28% de las revisitas se debieron a factores relacionados con la enfermedad, el 29,82% con el enfermo, en el 5,26% sin relación causal anterior, el 1,75% con el diagnóstico/tratamiento y el 0,88% con el sistema. El índice de ingresos en las revisitas fue del 4,34%.

Conclusiones:

El índice revisitas fue bajo comparado con otros estudios consultados, siendo la mayoría de estas debidas a la evolución de la propia enfermedad o a criterio del paciente. La asociación de las variables ingreso y nivel de prioridad entre visitas, demostraron una baja complejidad de las mismas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-111

¿POR QUÉ ENFERMERÍA NO QUIERE IR A TRAUMATOLOGÍA DE URGENCIAS? OPORTUNIDAD DE INNOVAR EN EHEALTH

J Pérez Acebo, E Mora Mellado, S Rabadán Mezquita

Hospital Universitario Parc Taulí. Barcelona

Palabras Clave: traumatología, enfermería, eHealth

Objetivos:

Una de las competencias de enfermería es la realización de procedimientos en Traumatología (yesos, férulas y vendajes) los cuales requieren de, conocimiento de los materiales, fisionomía, aspectos competenciales y buena habilidad/técnica.

Material o pacientes y método:

Realizamos un estudio descriptivo unicéntrico a 50 enfermeras/os de urgencias durante el viernes/sábado/domingo de la última semana de Enero y lo dividimos en dos partes, una encuesta anónima y un pequeño examen teórico.

Resultados:

N=50. En la encuesta preguntamos por la antigüedad en el hospital (menos de 2 años(24%), de 2-5 años (12%) y más de 5 años (64%). La formación reglada teórico-práctica en Traumatología realizada (Máster, Posgrado, cursos (56%) y No formación reglada (44%). Ubicación en el servicio de Traumatología (si trabajan regularmente a Jornada Completa/Tiempo Parcial (12%), puntualmente (24%), se lo intentan cambiar (24%) o no van (40%)). Nivel de conocimiento teórico (alto (14%), dudas (28%) y bajo conocimiento (58%)) y por último, el nivel subjetivo en relación a su técnica/habilidad en la realización de procedimientos (si creen que tienen buena técnica (10%), regular (24%), necesidad de ser supervisados (32%) o prefieren que los realice otro compañero/a (34%)). La necesidad de formación teórico-práctica fue aceptada en un 99.5%. En la segunda parte realizamos un pequeño examen de 6 preguntas (sobre 10 puntos) y la nota media fue de 6.13.

Conclusiones:

Aproximadamente, la mitad de las/los enfermeras/os encuestadas/os han realizado formación reglada. Un 14% poseen un conocimiento teórico alto y un 90% no dominan la técnica/habilidad en la colocación de yesos, férulas y vendajes. Reflexión Las dudas sobre la técnica y los conocimientos teóricos en un servicio de Traumatología de Urgencias deberían de poder ser resueltas de inmediato mediante herramientas (eHealth) innovadoras. Con esta motivación, hemos iniciado un proyecto de innovación formativa en colaboración con la UOC (Universitat Oberta de Catalunya) en el Máster de Informática/Multimedia.

P-112

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL 'PACIENTE GRAN QUEMADO EN URGENCIAS'

N Ortega de la Fuente, J Barbero Yagüez, M Gayubo López,
M Loma-Ossorio Mahave, MM.Fernández Pérez,
MC Alcalá Navas

Hospital Universitario de Burgos-Urgencias. Burgos

Palabras Clave: modelos de enfermería, enfermería de urgencia, quemaduras

Objetivos:

La valoración es la primera fase del Proceso de Enfermería y la base de las demás. Es un método sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información (datos subjetivos, objetivos, revisión de la historia clínica o informes de otros profesionales), que permite determinar la situación de salud, y la respuesta que las personas dan a ésta. El modelo de los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon es una división artificial y estructurada del funcionamiento humano, que no deben ser entendidos de forma independiente si no como parte de un ¿todo?. La especial susceptibilidad del Paciente Gran Quemado hace que una correcta valoración de enfermería en el Servicio de Urgencias sea de vital importancia para cubrir las necesidades que se detecten como alteradas para así conseguir su recuperación.

Material o pacientes y método:

Mediante la revisión bibliográfica de diferentes fuentes realizamos un póster explicativo para cumplir nuestro objetivo. El póster realizado representa gráficamente los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon aplicado a un Paciente Gran Quemado.

Resultados:

Modelo de Patrones Funcionales de Marjory Gordon: Patrón 1: Percepción-Manejo de Salud: agente causal, antecedentes personales. Patrón 2: Nutricional-Metabólico: hipotermia, desequilibrio hidroelectrolítico, extensión y profundidad de las quemaduras. Patrón 3: Eliminación: balance hídrico. Patrón 4: Actividad-Ejercicio: dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, constantes vitales. Patrón 5: Sueño-Descanso: administración de medicación, si precisa. Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo: manifestación de dolor. Patrón 7: Autopercepción-Autoconcepto: autoestima. Patrón 8: Rol-Relaciones: relación terapéutica. Patrón 9: Sexualidad-Reproducción. Patrón 10: Adaptación-Tolerancia al estrés. Patrón 11: Valores-Creencias: principios éticos.

Conclusiones:

Este póster sirve de guía visual para detectar aquellos patrones que se encuentran alterados en el Paciente Gran Quemado y así disminuir la variabilidad de la práctica enfermera, mejorando la calidad de nuestras intervenciones y registros.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-114

MANEJO DE HERIDAS EN URGENCIAS CON ADHESIVO TISULAR LIQUIBAND®

C Yustas de Pedro

Hospital Fremap. Majadahonda, Madrid

Palabras Clave: heridas, adhesivo tisular, cianoacrilatos

Objetivos:

Los adhesivos tisulares (Liquiband®, cianoacrilatos n-butil) son sustancias que polimerizan en contacto con fluidos biológicos y se adhieren a los tejidos, en unos 10 segundos. Se utilizan para sellar heridas traumáticas o quirúrgicas, como alternativa a las suturas tradicionales, facilitando el proceso de cicatrización de las heridas, y por efecto antibacteriano, intentando minimizar el riesgo de infección, principalmente ante organismos grampositivos. Ventajas: fáciles de aplicar, reducen tiempo de asistencia y proporcionan mayor confort para el paciente.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional prospectivo de 30 pacientes, a los que se ha aplicado LiquiBand®. Criterios de inclusión: Heridas recientes, con bordes regulares y sangrado controlado. Datos recogidos: edad, sexo, mecanismo de producción, localización y tamaño de la herida. Los pacientes son de la CAM para hacer el seguimiento en el Hospital de Fremap Majadahonda. Se les revisa a las 48-72h, no precisando en la mayoría de los casos revisiones posteriores. 4 pacientes no acudieron a revisión, no pudiendo valorarles. Se les facilitó en la revisión un cuestionario para valorar dolor, aspecto y comodidad tanto el día de la asistencia como para su vida diaria.

Resultados:

30 pacientes (21 hombres y 9 mujeres). Localización de la herida: 13 en dedos, 5 en mano/muñeca, 12 en cara. Longitud, de 0, 5 a 4 cm. De los 26 pacientes que acudieron a revisión, sólo hubo 2 casos con leve dehiscencia de la herida, que curó por segunda intención. No hubo ninguna infección. El grado de satisfacción del paciente, es de 9, 3 (sobre 10).

Conclusiones:

En nuestra experiencia, el uso de cianoacrilatos n-butil, es fácil, seguro y eficaz, además se reduce el tiempo de tratamiento. La estética y dolor de la herida mejora y los costes durante la asistencia se reducen (evitamos anestesia, equipo de sutura). Nuestra intención, poder suprimir la segunda consulta.

P-115

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN URGENCIAS

MM Arnáiz Arnáiz, MP Arnáiz Arnáiz

Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: cuidados, enfermería

Objetivos:

En las últimas décadas, se ha extendido el uso de la VMNI en los SUH para el tratamiento en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda, crónica y crónica reagudizada. Estudios realizados en la VMNI destacan la selección de los pacientes a los que se va aplicar la técnica y la importancia de la enfermera en la ejecución de la terapia respiratoria. La utilización precoz en los SUH: Evita ingresos de los pacientes en UCI, acorta la estancia hospitalaria, y reduce el gasto sanitario. Los pacientes sometidos a VMNI requieren de un alto nivel de cuidados "a pie de cama". Es preciso el entrenamiento del enfermero/a en el manejo de la VMNI.

Material o pacientes y método:

Revisión bibliográfica en bases de datos: PUBMED, CUIDEN, CUIDATGE, ENFISO GOOGLE. En los documentos encontrados y la comparación de los artículos con el resultado obtenido, nos ha llevado a centrarnos en los cuidados de enfermera en paciente con VMNI, para conseguir el mayor éxito posible en los objetivos planteados.

Resultados:

El resultado es la elaboración de una orientación práctica para proporcionar los cuidados de enfermería, tengan como finalidad prevenir, disminuir, o/y resolver en la medida de lo posible las complicaciones e incidencias durante la VMNI.

Conclusiones:

Siendo una técnica cada vez más utilizada en los servicios de urgencias hospitalarias, donde enfermería tiene un papel importante en cuanto a cuidados existe poca documentación publicada a nivel de enfermería. La implicación de la enfermería es de suma importancia en el procedimiento del paciente que precisa VMNI. Es imprescindible el entrenamiento del enfermero/a, implicar e implementar los conocimientos y habilidades necesarias en el manejo de pacientes con VMNI. Una adecuada secuencia de técnicas aplicadas correctamente, condicionan el éxito de la VMNI.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-116

EDUCACIÓN PARA LA SALUD: ATENCIÓN INICIAL AL PACIENTE QUEMADO EN EL LUGAR DEL ACCIDENTE

A M S, E Martínez Hernández, I Arce Gómez

Hospital Universitario de Álava-Sede Santiago. Vitoria-Gasteiz

Palabras Clave: burns, education, first aids

Objetivos:

Las quemaduras en el contexto doméstico y laboral son muy frecuentes. Su grado y severidad dependerá de la temperatura y tiempo de exposición del agente con la piel y del uso de remedios caseros que pueden ser inapropiados. La atención inicial adecuada de las quemaduras es un momento clave para la evolución de las lesiones. La educación de la población en el manejo inicial de las quemaduras es de vital importancia para mejorar el pronóstico.

Material o pacientes y método:

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica en protocolos y guías de Comunidad Autónoma Vasca, revistas online de organismos españoles como SEMES (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias), SEAPA (Sociedad de Enfermería de Atención Primaria en Asturias) y AMF (Actualización en Medicina de Familia) y bases de datos (COCHRANE, DOYMA). Criterios de búsqueda: Fecha de publicación (1995-2015), idioma (inglés y/o español) con los siguientes descriptores: burns, education, first Aid. Se realiza evaluación crítica de los documentos.

Resultados:

Tras analizar la búsqueda bibliográfica obtenemos evidencia en una serie de cuidados iniciales para el paciente quemado dirigidos a la población general, que se recogen y clasifican en un poster con el siguiente formato: seguridad de la escena del accidente (para evitar más lesiones), cuidados iniciales (como enfriar la lesión de manera adecuada), traslado a centro sanitario (como realizar el traslado minimizando riesgos).

Conclusiones:

La población requiere formación en el abordaje precoz de las quemaduras para minimizar lesiones. El uso de carteles informativos en las salas de urgencias puede ser un método para dar a conocer cómo actuar en caso de padecer una quemadura y desmitificar falsas creencias sobre el tratamiento de las quemaduras. Consideramos que sería interesante ampliar esta formación mediante intervención poblacional y creando programas de formación.

P-117

ANÁLISIS DE LAS VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN EN EL ÁREA I DE UN SERVICIO DE URGENCIAS

E Paricio Claramonte, M Rovira Arias, L Ramírez Hallas, M Abellaneda Camacho, I Amenós Alcaraz, F Casarramona Lobera

Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona

Palabras Clave: parenteral, triaje, patología

Objetivos:

El Hospital de Mataró es un hospital comarcal de Nivel 2, con una media de 303 visitas al día en el Servicio de Urgencias (SU) en 2015, de éstas el 26, 24% se han visitado en el Área I (área de pacientes de complejidad baja) con múltiples motivos de consulta.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo realizado la última semana de enero de 2016. Población: Todo paciente que acude al SU y es visitado en Área I. Criterios de inclusión: Pacientes visitados en Área I a los que se ha administrado medicación (EV, IM, OR) Procedimiento: revisión de historias y registro de variables. Definición de variables: nivel de prioridad en triaje, diagnóstico al alta, vía administración de medicación.

Resultados:

Durante el periodo analizado se realizaron en Área I un total de 437 visitas, a 194 se administró medicación (44. 90%). Niveles de prioridad: 70. 7% de enfermos se adjudicó un nivel de prioridad IV, seguido de prioridad III 26. 31%. Diagnóstico al alta: El diagnóstico más frecuente es el dolor(cefalea, odontalgia, cólico) 49. 48%. Vía administración: La vía de administración más utilizada parenteral (EV y IM) 77. 82%. A un 55. 20 % del diagnóstico más frecuente (dolor), se adjudicó una prioridad IV, de éstos a un 86. 79% se administró medicación por vía parenteral (EV 26,41% y IM 60,37%).

Conclusiones:

Basándonos en el diagnóstico y nivel de prioridad más frecuente, observamos que a un porcentaje muy elevado de pacientes se administra medicación parenteral. Esto también se observa en el resto de patologías analizadas. Concluimos que hay una administración muy alta de medicación parenteral en relación al nivel de prioridad y diagnóstico por lo tanto creemos necesario analizar las causas de esta discordancia.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-118

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN URGENCIAS

M Loma-Ossorio Mahave, MC Alcalá Navas, MM Fernández Pérez, J Barbero Yagüez, N Ortega de la Fuente, M Gayubo López

Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: hemorragia gastrointestinal, cuidados de enfermería, urgencias

Objetivos:

La Hemorragia Digestiva se define como la pérdida de sangre que procede del aparato digestivo. Se clasifica anatómicamente respecto al ángulo de Treitz en hemorragia digestiva alta (HDA) y hemorragia digestiva baja (HDB). La HDA es una patología muy frecuente en urgencias y constituye una importante causa de morbilidad en España, influenciada por diversos factores, tales como la edad, enfermedades asociadas, volumen de sangrado y etiología de la hemorragia. La carencia de protocolos específicos de enfermería ante dicha patología dificulta la rápida y eficaz atención inicial.

Material o pacientes y método:

Tras realizar una revisión bibliográfica describimos y proponemos un algoritmo de actuación enfermera ante la sospecha de HDA en nuestro servicio de urgencias.

Resultados:

El paciente con sospecha de HDA se clasifica en paciente estable o paciente inestable. Siendo el primero de estos el que por sus constantes vitales y por su aspecto físico general permanece asintomático asignándole un criterio de gravedad leve. El paciente inestable será por tanto el que tenga alteradas las constantes vitales, signos y síntomas de mala perfusión y/o evidencia de sangrado activo, asignándole criterio de gravedad moderado, grave o masivo. Actuación de enfermería paciente estable: Constantes vitales Analítica y canalización vía venosa Valoración si sangrado activo Administración tratamiento médico Según los resultados: camas observación para endoscopia diferida o control ambulatorio. Actuación enfermería en el paciente inestable: Monitorización cardíaca Reanimación hemodinámica (analítica y pruebas cruzadas). Transfusión (si precisa) y sueroterapia. SNG y vesical O2 y ECG Administración de tratamiento médico Según resultados: endoscopia urgente/cuidados intensivos y/o quirófano.

Conclusiones:

El personal de enfermería de urgencias es el encargado de aplicar los primeros cuidados en el paciente con HDA. Por ello es fundamental la existencia de protocolos que facilite una actuación rápida y eficaz que permita la correcta coordinación entre los diferentes profesionales sanitarios.

P-119

CPAP DE BOUSSIGNAC. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA Y EDUCACIÓN SANITARIA

V Martínez Martínez, MT Fuentes Ochoa, MA Agüero Cárdenas, MJ Sanmartín Melero, P Lacarra Saso, V Simón Ruiz, MA Lumbreras Castillejo

Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra. Monteagudo, Navarra

Palabras Clave: CPAP de Boussignac, atención enfermería, educación sanitaria

Objetivos:

La insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica es una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de urgencias. Supone un elevado número de ingresos con un elevado consumo de recursos económicos y humanos. Desde hace años el uso de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) disminuye el número de intubaciones así como sus complicaciones, y reduce también el número de ingresos y días de estancia. El uso de la CPAP mejora de forma precoz los parámetros clínicos y gasométricos en el tratamiento del paciente hipoxémico.

Material o pacientes y método:

La CPAP de Boussignac es un sistema fácil de manejar y muy eficaz a la hora de aplicar presión positiva en la vía aérea. Hay que tener en cuenta una serie de circunstancias antes de empezar a usarla. El personal de enfermería debe tener un completo conocimiento del protocolo de inicio y del manejo del dispositivo para aplicar este tipo de tratamiento de forma correcta minimizando errores y obteniendo la máxima eficacia.

Resultados:

Enfermería es quien permanece desde el inicio junto al paciente, a pie de cama explicando la técnica, colocando protecciones, sujetando la mascarilla, en definitiva, participando con todos sus conocimientos y buen hacer para que el tratamiento sea efectivo. Es por ello, que debemos estar debidamente formados. Los motivos por los que generalmente fracasa la técnica son el desconocimiento de la misma y/o su mala aplicación.

Conclusiones:

El uso de la CPAP tiene multitud de beneficios (disminución de intubaciones, mejoría precoz de parámetros clínicos y gasométricos al compararlo con otros métodos tradicionales de oxigenación, menor estancia hospitalaria, disminución morbimortalidad intrahospitalaria, mejor gestión de recursos). Los profesionales de enfermería tienen una importante labor en la aplicación de este tratamiento.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-120

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL MANEJO DE LAS ARRITMIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

VC Alonso del Rivero Hernández, MN Fernández Díaz,
P Fernández Fernández

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Palabras Clave: arritmias, enfermería, electrocardiograma

Objetivos:

Las enfermedades cardiovasculares (como por ejemplo el síncope de origen cardíaco, las arritmias y la muerte súbita) representan la principal causa de muerte evitable. Alrededor de un millón de personas sufren esta dolencia en España, produciendo aproximadamente 25000 muertes anuales. El 50 % de estas muertes son secundarias a taquiarritmias ventriculares que en un elevado porcentaje de casos están relacionadas con el Síndrome Coronario Agudo. Por otro lado, la Fibrilación Auricular es considerada la arritmia más frecuente, creando el mayor número de consultas e ingresos hospitalarios. En Asturias la mortalidad de las enfermedades cardiovasculares, superan la media española en un 30, 09%, situándose como la tercera Comunidad Autónoma, tras Galicia y Andalucía.

Material o pacientes y método:

Estudio de diseño transversal, observacional y descriptivo, a partir de encuestas dirigidas al profesional de enfermería en nuestro servicio, durante un periodo de 15 días. Revisión bibliográfica y de bases de datos.

Resultados:

Realizaron la encuesta 77 profesionales de enfermería del servicio de urgencias. Un 35, 5%, tenía una experiencia laboral de 10 años. El 73, 3% posee conocimientos sobre arritmias. Un 76, 3% reconocen signos y síntomas que pueden desencadenar las mismas dentro de las enfermedades del corazón. El 88% sabe utilizar un desfibrilador semiautomático (DESA) y nociones sobre marcapasos externo. Un 76, 3% de los encuestados reconoce no tener conocimientos de interpretación del ECG, cifras sorprendentes que contrastan con un 82, 2% que recibió formación en los últimos 5 años y un 83% que señaló, tener un grado de conocimientos del tema encuestado elevado.

Conclusiones:

La mayoría de los encuestados reflejo tener un nivel medio/alto de conocimientos sobre arritmias. Resulta llamativo el nivel de interpretación del ECG, que se sitúa por debajo de la media, demostrando ser una asignatura pendiente a tener en cuenta en la creación de planes de formación en nuestra área. Es especialmente importante este punto, teniendo en cuenta nuestro papel como parte importante del primer eslabón de la cadena asistencial en pacientes con arritmias cardíacas.

P-121

DESARROLLO DE UNA APLICACIÓN PARA DISPOSITIVOS MÓVILES PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE AUTISTA

J Valdueza Sandin, LI García Ventura, M Ibáñez Pardo,
E Caldevilla Bernardo, A García Romero

Hospital Universitario del Sureste. Rivas Vaciamadrid, Madrid

Palabras Clave: adjustment disorders, information technology, anxiety

Objetivos:

La comunicación entre profesionales de salud de las diferentes áreas de un hospital y los pacientes, con familiares, es importante para una correcta identificación, valoración, diagnóstico y tratamiento de cualquier problema de salud. Si añadimos que el paciente tiene una discapacidad intelectual que disminuye su capacidad para entender y expresarse, los profesionales debemos adaptarnos a ellos y facilitarles, en la medida de lo posible, herramientas para un trato más afable y menos traumático para el paciente. El Hospital Universitario del Sureste firmó en el año 2014 un convenio de colaboración con asociación SURESTE, asociación de padres con TEA (Trastorno del Espectro Autista) del Sureste de la Comunidad de Madrid. Gracias a esta colaboración se adaptó el servicio de Urgencias del Hospital para favorecer la comunicación entre profesionales y pacientes. Esta adaptación se llevó a cabo con pictogramas por el servicio y con cuadernos, tamaño DIN A3, con los que pacientes interactúan con profesionales. El inconveniente de este tipo de formato es, sobre todo, el deterioro y el coste de impresión. Para ello buscamos una solución alternativa utilizando nuevas tecnologías. Optamos por aplicación para dispositivos móviles que permitirían a los profesionales de la salud y los familiares, de este tipo de pacientes, interactuar de forma más efectiva y menos traumática.

Material o pacientes y método:

Para simplificar el desarrollo se eligió framework que generara los binarios para los diferentes SO. El paradigma de diseño fueron los usuarios, asegurando la utilidad de la aplicación. La aplicación fue certificada por los miembros del SURESTE. Se informó en la intranet del hospital y carteles con código QR.

Resultados:

Aplicación publicada. Más de 500 descargas en los primeros 15 días. Gran aceptación por parte de profesionales de la salud y familiares con trastornos de comunicación y especialmente con el Trastorno del Espectro Autista. Disponibilidad global: Presencia mundial de la marca Hospital del Sureste.

Conclusiones:

Las TIC, enorme importancia en los trastornos comunicativos. Mayor interacción entre profesionales de la salud y pacientes. Calidad percibida por los familiares con trastornos de comunicación.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-122

FLEBITIS ASOCIADAS A CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS EN URGENCIAS

L González Torre (1), J Quijano Herrero (2), ME González García (3), MC Prieto Valtuille (1), A Pérez Morán (3)

(1) Residente Centro Salud Bembibre, Ponferrada, (2) Centro de Salud Ponferrada III, (3) Centro de Salud Ponferrada II, León

Palabras Clave: urgencias médicas, flebitis, catéteres

Objetivos:

En la atención hospitalaria la canalización de catéteres venosos periféricos es una técnica enfermera muy frecuente, especialmente en el servicio de urgencias donde se realiza a diario. Como otras técnicas invasivas no está exenta de complicaciones.

Material o pacientes y método:

Hemos realizado una revisión bibliográfica introduciendo en la búsqueda los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) urgencias médicas, flebitis y catéteres. Para ello utilizamos el buscador Google Académico y diferentes bases de datos, Cuiden, Pubmed, Dialnet, Scielo, Biblioteca Cochrane Plus y Joanna Briggs institute library. Seleccionamos los artículos más relevantes publicados en los últimos diez años. Se encontraron 15 artículos y se analizaron 9.

Resultados:

El 70% de los pacientes hospitalizados son portadores un catéter venoso durante su estancia hospitalaria. La mayoría de los catéteres venosos periféricos se canalizan en el servicio de urgencias y muchos no llegan a utilizarse. Entre el 2. 5-42% de los canalizados se observó alguna complicación, siendo la flebitis la principal, seguida de la extravasación. Es más frecuente en mujeres, en urgencias y durante las primeras 24 horas. La principal causa desencadenante de flebitis es la química debida al pH y osmolaridad de fármacos. Los grupos más implicados son en primer lugar antibióticos (63%) especialmente betalactámicos, seguidos de antivirales, anticonvulsivantes, benzodiazepinas, adrenalina y por último anestésicos locales, agonistas del calcio, antiulcerosos y soluciones electrolíticas. La presencia de flebitis aumenta el riesgo de infección y de trombosis.

Conclusiones:

La sobrecarga asistencial impide realizar una valoración exhaustiva del paciente y desemboca en la canalización de vías basada en previsión de complicaciones o de posibles ingresos. Es preciso un personal enfermero entrenado en el conocimiento y manejo de diluciones y concentraciones de fármacos. La flebitis es una complicación muy frecuente que debemos tener en cuenta, puesto que puede desencadenar patologías aún más graves y alargar la estancia hospitalaria. Lo que incrementa los costes, la morbimortalidad y disminuye la calidad asistencial.

P-123

SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE URGENCIAS

L Franch Espinosa (1), R Lorenzo Martín (1), M Cuadros Hueta (2)

(1) Hospital Dr. Josep Trueta, Girona, (2) Hospital Universitario de Bellvitge. Cassà de la Selva, Girona

Palabras Clave: salud laboral, enfermería de urgencia, agotamiento profesional

Objetivos:

No existe palabra en español para describir esta situación, pero la expresión que más se asemejaría sería la de "estar quemado". Una definición actualizada y ampliamente aceptada del término es la propuesta por Maslach, Schaufeli y Leiter en el año 2001, quienes definen el burnout como una respuesta prolongada a estresores crónicos a nivel personal y relacional en el trabajo, determinado a partir de las dimensiones conocidas como agotamiento, cinismo e ineficacia profesional. Debemos diferenciar el *burnout* del estrés. El estrés hace referencia a procesos relativamente breves. El *burnout* es considerado la consecuencia de una situación prolongada de desajuste entre las demandas y los recursos laborales. Además el *burnout* implica el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo y el estrés no necesariamente.

Material o pacientes y método:

El Maslach Burnout Inventory (MBI) es el principal instrumento de medida de burnout, siendo el que ha generado un mayor volumen de investigaciones. Es un cuestionario compuesto de 22 ítems, basado en las respuestas de los trabajadores ante diferentes situaciones en su vida cotidiana laboral, que pretende objetivar y valorar las características básicas del síndrome. Se realiza a su vez, una revisión bibliográfica incluyendo bases de datos como PUBMED y MEDLINE.

Resultados:

El perfil del sujeto afecto de *burnout* se corresponde con el de un profesional con experiencia laboral que sin embargo manifiesta un escaso grado de reconocimiento a su labor asistencial y un alto nivel de insatisfacción con la gestión de su centro de trabajo.

Conclusiones:

Los estudios centrados en realizar estrategias de intervención para paliar el *burnout* en el personal son muy escasos. Deberían ser ampliados, dada la importancia de este síndrome.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-124

GUÍA RÁPIDA DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN PARA ENFERMEROS EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN EN LA URGENCIA

M Pelado Parras, E Gozalo Arroitia

Hospital Universitario de Álava-Sede Santiago. Vitoria-Gasteiz

Palabras Clave: seguridad, preparaciones farmacéuticas, tratamiento de urgencia

Objetivos:

El servicio de urgencias general es un servicio específico del hospital que atiende pacientes con múltiples patologías en momentos críticos y de manera multidisciplinar. Desde nuestra perspectiva enfermera es importante cuidar el rol que desempeñamos en la administración e infusión de medicamentos en pro de la seguridad del paciente, especialmente en situaciones de reanimación. Sin embargo la continua rotación de personal, la presión psicológica que se genera y la rapidez de actuación precisada, añadida a la especificidad de las características de los fármacos que utilizamos, hace que la seguridad en la administración pueda verse disminuida.

Material o pacientes y método:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Google Scholar, Medline, Uptodate y Guías de administración de medicamentos para la obtención de documentos con los siguientes criterios de inclusión: medicación en situaciones de intubación, medicación en situaciones de parada cardiorrespiratoria y urgencias cardiovasculares.

Resultados:

Se presenta una guía de recomendaciones para administrar medicación de riesgo en las situaciones descritas. Con un sistema de colores se identifican las siguientes: Tipo de fármaco a administrar; Forma correcta de dilución; Forma correcta de administración.

Conclusiones:

El uso de un método rápido y seguro para la asistencia en situaciones de emergencia ayuda a proporcionar seguridad en la atención, tanto para los profesionales de nueva incorporación como para los enfermeros que ejercen en esta área de manera continua.

P-125

IMPLANTACIÓN DE UN DISPOSITIVO DE ACCESO INTRAÓSEO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

MJ Marín Fontana, S Poveda Escudero, MJ Mullor Navarro

Servicio de Urgencias. Hospital de Liria, Valencia. Valterna, Valencia

Palabras Clave: intraósea, servicio de urgencias, hospital, oración

Objetivos:

Viabilidad de la implantación de un dispositivo intraóseo como acceso vascular de relevancia creciente en un Servicio de Urgencias hospitalario mediante una formación ordenada y progresiva que implique a todo el personal del SU.

Material o pacientes y método:

Plan formativo interno del SU que incluya al 100 % del personal de enfermería realizado por una enfermera del staff de enfermería del SU. Procedimiento e indicaciones. Realización de encuesta entre el personal para su uso y capacitación

Resultados:

Plan formativo se realiza en sesiones de 10 participantes y de 1 hora duración. Procedimiento interno de utilización del dispositivo intraóseo con indicaciones propias del hospital. ENCUESTA: Del total de los encuestados el 60% enfermeros y 40% médicos. De los dispositivos presentados 100% utilizarían el Dispositivo motorizado. 100% de los encuestados consideran que 1 hora es suficiente para el aprendizaje. Todos los encuestados respondieron que sí serían capaces de utilizarlo en una situación de emergencias.

Conclusiones:

La implantación del dispositivo intraóseo es viable y fácil gracias a un plan de formación interna y la realización de un procedimiento que incluya las indicaciones precisas y que describa su utilización con garantías de seguridad del operador y del paciente. Dicho Plan se debería repetir en sesiones de 30 minutos cada 6 meses en caso de no utilización de dicho dispositivo en este período. El personal diana es el 100 % del personal de enfermería del SU gracias a que el método formativo presenta una curva de aprendizaje rápida por lo que implica poco tiempo empleado y además dentro del horario laboral. Gracias al procedimiento interno y la rápida curva de aprendizaje, la población diana debe incluir al staff médico del SU como personal asistencial al paciente crítico en el Box de Vitales. Al ser dentro del horario laboral e implicar un tiempo muy reducido, 1 hora, tanto a los participantes como la persona que lo imparta, se reduce en gran medida el coste económico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-126

TRIAJE E INGRESO HOSPITALARIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

JM Fernández García, V Fernández Pérez

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Palabras Clave: triaje, urgencias, prioridad

Objetivos:

El Hospital Universitario Central de Asturias es el hospital de referencia del servicio de salud del Principado de Asturias. Su servicio de urgencias atiende en torno a 100.000 pacientes al año. Para la clasificación de pacientes se utiliza el sistema de triaje Manchester. Esta herramienta, utilizada por personal de enfermería en este servicio, permite clasificar a los pacientes en 5 niveles de prioridad.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo realizado desde el 1 de enero de 2015 al 30 de junio de 2015 realizado en el servicio de urgencias generales del Hospital Universitario Central de Asturias. Se utilizaron los sistemas de información Millenium y Alert.

Resultados:

Ingresaron el 14, 53% de los pacientes. Los pacientes clasificados con nivel de prioridad I ingresaron en mayor medida (68, 25%), los clasificados con nivel II 33, 93%, nivel III 22, 43%, paciente de nivel IV ingresaron el 5, 24% y los de nivel V el 12, 19%. El motivo de consulta que generó más ingresos fue la disnea, seguido del adulto con mal estado general. Respecto a la manera de acudir al servicio de urgencias y los ingresos hospitalarios, los pacientes que acudieron en ambulancia precisaron de ingreso hospitalario en mayor medida que los que acudieron por sus propios medios, 33,89% frente al 10,32%.

Conclusiones:

Los resultados obtenidos en este estudio respecto al porcentaje de ingresos son similares a los existentes en la bibliografía. Los porcentajes de ingreso son directamente proporcionales al nivel de prioridad asignado. Este hecho lo entendemos como una fortaleza del sistema de triaje Manchester. Ingresaron en mayor porcentaje los pacientes que acudieron en ambulancia.

P-127

ESTUDIO DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA TÉCNICA DE COLOCACIÓN DE LAS VÍAS INTRAÓSEAS

O Villena Esteo, A Soto García

Sistema de Emergencias Médicas de Cataluña. Barcelona

Palabras Clave: intraósea, experiencia, prehospitalaria

Objetivos:

La vía intraósea (IO), es una vía periférica, de fácil y rápido acceso que resuelve situaciones muy críticas en las que el personal de enfermería tiene dificultades para instaurar una vía venosa al paciente, por lo que el tratamiento puede demorarse. Su uso está justificado en la bibliografía existente en el ámbito prehospitalario, y así lo confirman las últimas publicaciones de las guías sobre Soporte Vital Avanzado 2015.

Material o pacientes y método:

El material utilizado son cuestionarios cortos donde se garantiza el anonimato, ya que se envían vía mail desde el correo del Departamento de Comunicación. Se trata de un estudio descriptivo analítico comparativo de dos periodos.

Resultados:

Se incluyeron 98 encuestas, 53 del periodo 2007-2008 (Pre-EZio) y 45 del 2010-2013 (Post-EZio). El 79% de los profesionales del primer grupo (2007-2009) creen que el acceso intraóseo a través de la EZIO es efectivo, este porcentaje aumenta al 86, 7% en el grupo del 2010-2013.

Conclusiones:

Se trata de un estudio de opinión que se inicia en 2007 previo a la expansión de la vía IO en adultos y con una clara carencia de información a los profesionales de urgencias en general. Sería interesante potenciar el uso de la técnica dado que la ventaja principal del acceso IO es la alta tasa de éxito (aproximadamente 80% en primera inserción) coincidiendo con la literatura publicada. La opinión general es que la formación y la experiencia ayudan a desmitificar una técnica que es muy agresiva desde el desconocimiento pero que la práctica la hace ser rápida y aporta gran seguridad al profesional que necesita un acceso inminente. En ambos periodos el interés es de >90% y esto demuestra que la formación continuada es de interés máximo para los profesionales.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-128

¿QUIÉN ME QUITA EL ANZUELO?

C Botello García (1), MC García Cáceres (2), S Díaz Herranz (3), MI Cambero Flores (4)

(1) Paro, (2) Hospital Infanta Cristina, (3) Hospital Perpetuo Socorro, (4) Hospital Coria. Badajoz

Palabras Clave: anzuelo, heridas penetrantes, enfermería urgencias

Objetivos:

Las heridas penetrantes por anzuelo, en general, no son graves y se dan con más frecuencia en la cabeza y la extremidad superior. Antes de proceder a la retirada del anzuelo es preciso evaluar la posible afectación de estructuras (nervios, vasos, tendones y articulaciones) y conocer la técnica de extracción del mismo.

Material o pacientes y método:

Extracción de un anzuelo clavado de forma accidental en una pierna: 1. Valorar la posible afectación de estructuras profundas, investigando la movilidad y sensibilidad de la zona. 2. Eliminar el cebo o "mosca" adherido al anzuelo hasta que éste quede completamente libre. Desinfectar la zona afectada y la parte del anzuelo que queda fuera de la piel. 3. Explorar la profundidad y trayecto del anzuelo clavado. 4. Anestesiarse localmente. 5. Empujar el anzuelo hasta que asome la punta por la piel y si es necesario hacer una incisión para abrir el punto de salida. 6. Cortar con un alicate la punta del anzuelo que asoma por la piel. 7. Extraer el anzuelo haciendo que recorra el trayecto a la inversa. 8. Limpieza de la herida y vacunación del tétanos.

Resultados:

Extracción sencilla de un anzuelo sin provocar daños colaterales.

Conclusiones:

No es infrecuente recibir en los servicios de urgencia, tanto de atención primaria como hospitalarios, la consulta de pacientes que se han clavado de forma accidental un anzuelo de pesca. Su extracción es sencilla pero es necesario conocer unos pasos generales para no hacer más daño en los tejidos.

P-129

LA VÍA INTRAÓSEA EN ADULTOS EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA

MJ Folgado Becerra, D Pordomingo Rodríguez, P Avellaner Lacal, J Rodríguez Benítez, S García Mateos

Hospital Virgen Concha-Urgencias. Fuentesauco, Zamora

Palabras Clave: enfermería, intraósea, emergencia

Objetivos:

Considerado el acceso vascular intraóseo alternativo a la vía periférica en las normas publicadas en 2005 de la ERC (European Resuscitation Council) dentro de la secuencia de Soporte Vital Avanzado. Su utilización se basa en el hecho de que la cavidad medular de los huesos largos está ocupado por una rica red de capilares sinusoides que drenan a un gran seno venoso central, que no se colapsa ni siquiera en situación de parada cardiorrespiratoria, pasando los fármacos y líquidos a la circulación general con una rapidez similar a como lo harían por cualquier otra vena periférica por lo que se considera una vía segura y rápida pues conlleva un alto porcentaje de éxitos (80%-94%).

Material o pacientes y método:

Material utilizado ha sido revisión de artículos y publicaciones referentes a la vía intraósea. Junto con la asistencia a varios cursos referente a este tema.

Resultados:

La vía IO tiene un acceso a la circulación general comparable con la canalización vía periférica. El conocimiento de zonas y técnica de punción beneficiara nuestra atención en una situación de emergencia.

Conclusiones:

La vía IO es un acceso venoso rápido, temporal, de fácil aprendizaje y colocación con escasas complicaciones. El personal sanitario ante una situación de emergencia debe tenerlo en cuenta como segunda opción tanto para la administración de medicación como para la realización de extracciones analíticas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-130

IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE ATENCIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS ANTE UN INCIDENTE DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS (IMV)

MJ Marín Fontana, A Peiró, E Fuentes, C López Miralles, MC Riera González, MB Morato Moreno, C Mestre Blasco

Servicio de Urgencias. Hospital de Liria, Valencia. Valterra, Valencia

Palabras Clave: múltiples víctimas, servicio urgencias, hospital, urgencias extraordinarias

Objetivos:

La asistencia a Múltiples Víctimas es un tema que siempre está vigente y que preocupa en gran medida al profesional de la emergencia. Además que se requiere de actualización constante para los profesionales habituales y de formación inicial al nuevo profesional. Una de las etapas es la llegada de muchas víctimas de un IMV a un Servicio de Urgencias.

Material o pacientes y método:

Realización de un plan de actuación multidisciplinar con recursos humanos y espacios físicos que incluya a todos los servicios asistenciales del hospital ante un IMV. Los profesionales intervinientes estaban identificados con ropa específica acuerdo al procedimiento. Realización, prácticas, ensayos y simulacro en el marco de un congreso científico de ámbito comunitario. Ponerlo en práctica con un simulacro probable por la zona geográfica en tiempo real.

Resultados:

Se determinó la necesidad de desdoblarse el Servicio de Urgencias en todos sus espacios, desde admisión y triaje hasta observación y críticos. Se requirió de un aporte de profesionales adicional desde los servicios del propio hospital. Se estableció un sistema de alerta y reclamo de los profesionales fuera de turno. Se cumplieron los objetivos del Plan diseñado y ensayado previamente. Los roles establecidos previamente deben ser claros y concisos. La figura del Jefe Hospitalario de la actuación es clave.

Conclusiones:

No se debe dejar al azar la actuación ante una situación de IMV, independientemente que la llegada de las víctimas entren derivadas por el centro coordinador (CCE) o sus propios medios. Es fundamental seguir los pasos de trabajo: 1). Realizar un Plan interno con los recursos humanos y espacios físicos. 2). Determinar roles por equipos asistenciales (colores, gravedad etc.). 3). Poner en práctica en un simulacro en tiempo real el plan diseñado y ensayado previamente. El Jefe Hospitalario de la actuación debe ser quien realice las labores de comunicación desde el hospital hacia el resto de organismos e intervenciones.

P-131

ENFERMERÍA: HERRAMIENTA CLAVE EN LA DETECCIÓN PRECOZ DE LA SEPSIS DESDE EL TRIAJE DEL CAUPA (COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE PALENCIA)

EM Madrigal García, A Fernández del Rey

CAUPA. Complejo Asistencial Universitario de Palencia

Palabras Clave: enfermería, alarma, sepsis

Objetivos:

La sepsis es un proceso patológico de incidencia creciente y con abundante evidencia científica que avala la importancia de un abordaje prioritario precoz, rápido y sistematizado para disminuir la elevada morbi-mortalidad y desde el punto de vista costo-efectivo. Al tratarse de una patología tiempo-dependiente, resulta crucial la identificación de Enfermería de aquellos signos y síntomas indicadores de SEPSIS así como de los estadios previos o SIRS (Síndrome Inflamatorio con Respuesta Sistémica) desde la Clasificación de Urgencias.

Material o pacientes y método:

Dos enfermeros del Servicio de Urgencias, uno de ellos miembro del grupo de trabajo para la elaboración, propuesta e implantación del Código Sepsis en el CAUPA. Mediante la información clínica aportada por pacientes y acompañantes, la valoración enfermera durante la clasificación, el Programa de Ayuda al Triage web_e-PATv4 y las herramientas de despistaje del Código Sepsis, se establecen grados de prioridad en la atención de los pacientes que acuden a urgencias. Se realiza una revisión sistemática de literatura científica utilizando las palabras clave Sepsis, Código, Urgencias, Shock séptico.

Resultados:

Tras la aprobación del Código Sepsis del CAUPA (Mayo 2015) comienza una labor de información y difusión intrahospitalaria apoyado en sesiones médicas y de enfermería, soporte informático y soporte físico. El personal de Enfermería de urgencias conoce y está más familiarizado con el manejo de esta patología, actuando como alertador precoz desde el triaje ante la llegada de pacientes susceptibles de SEPSIS, acortando tiempos de espera para iniciar su tratamiento y disminuir la aparición de complicaciones.

Conclusiones:

Desde el triaje de urgencias, la Enfermería ejerce un papel fundamental en la detección de la sepsis, otorgándole la gravedad requerida de cara a la activación precoz del Código Sepsis contribuyendo significativamente al éxito de su implementación.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-132

ESTUDIO DE ASISTENCIA A URGENCIAS EN EL DÍA DEL CURPILLOS VS OTRO VIERNES DE JUNIO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

N Arnáiz Moreno, P Bailo Castilla, L Martín López,
M de la Fuente García-Soto, JM de Santos Izquierdo,
S Marcos Jiménez

Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: evaluación comparativa, prestación de atención de salud, evento de salud en guardia

Objetivos:

En el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Burgos un grupo de enfermeras intuimos que en eventos sociales o celebraciones locales, la demanda disminuye durante la celebración y aumenta al finalizar. También parece que la carga de trabajo aumenta en traumatología y hay más intoxicaciones. Analizamos y evidenciamos esta variabilidad tomando como referencia la festividad local del "Carpillos", frente a otro día control del mismo mes.

Material o pacientes y método:

Estudio analítico retrospectivo de casos-control. Se extrajeron datos del programa Informático Jimena del 12 de junio de 2015, fiesta del Carpillos y del viernes posterior. Analizamos pacientes asistidos, características demográficas, picos horarios de afluencia y los motivos de ésta. Para las variables cuantitativas se calcularon medias, comparándose mediante análisis de varianza.

Resultados:

Asistidos: festivo 334, control 288. Edad media: Festivo $134 < 40$ y $84 > 70$, control $110 < 40$ y $88 > 70$. Afluencia por turnos: Festivo: 42% mañana, 39% tarde, 19% noche, control: 42%, 38% y 20% respectivamente. Sexo: $\pm$ 50% ambos días. Asistencia por horas: en festivo es significativa a partir de las 10 h. el día control desde las 8h. Picos de atención: 10-12 h, 14-16 h y 19-22 h ambos días. Motivos asistenciales: festivo: 33% traumatológicos, 3% tráficos, 58% otros, 4% intoxicaciones y 2% síncope, control: 24%, 4%, y 72% respectivamente, 1 intoxicación y 1 síncope.

Conclusiones:

Evidenciamos mayor afluencia, el día festivo, siendo significativa más avanzada la mañana, con disminución de la media de edad. El horario del evento no influye en el número de usuarios de urgencias en esa franja. Queda probada nuestra hipótesis de que se atienden más patologías traumatológicas e intoxicaciones por aumento de población en las calles y menos patologías médicas por disminución de la sensación de enfermedad cuando hay un evento lúdico.

P-133

IMPLANTACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS SANITARIAS DE CASTILLA Y LEÓN. PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

I Guadarrama Ramos, L Bausela Municio, M García García,
M Gervás de la Pisa

Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León. Valladolid

Palabras Clave: enfermería, cuidados, traumatismo craneoencefálico

Objetivos:

En 2013 se comienza trabajar en Castilla y León la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería (PCE). Se inicia la formación en la metodología de elaboración de los PCE y utilización de la nomenclatura NANDA NIC NOC. Se crea un grupo de trabajo con profesionales especialmente motivados, elaborados seis PCE, con el, inicialmente, apoyo metodológico de profesionales de Atención Especializada.

Material o pacientes y método:

La Comunidad de Castilla y León tiene 2. 500. 000 habitantes. Los incidentes atendidos por las UMEs con los CIEs 850. 5 son 862, la distribución por edad y sexo es 462 mujeres y 370 hombres con edades comprendidas entre 1-97 años El 85 % de los pacientes son trasladados por UME al hospital, el 15% se trasladan por un recurso básico Se inicio la elaboración del PCE de TCE grave, se ha diseñado la hoja de registro que se muestra en la presentación, que puede hacerse extensiva a otros pacientes traumatológicos. Actualmente se ha implantado, en fase de pilotaje, en una UME de Valladolid.

Resultados:

Se han diseñado varios indicadores de procedimiento para evaluar la implantación del PCE, durante 2016, se medirán los siguientes indicadores: Porcentaje de pacientes con cumplimentación de la hoja del plan de cuidados del TCE Porcentaje de registro del nivel de conciencia con la escala de Glasgow.

Conclusiones:

Se ha llevado a cabo la estrategia de implantación de los PCE en el entorno de Emergencias Sanitarias Actualmente los profesionales de la Gerencia de Emergencias elaboran los PCE que se implantan en las UMEs, con un elevado grado de aprendizaje por el grupo de trabajo que inicio la estrategia hace dos años.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-134

EVALUACIÓN DE UN SISTEMA SEMIAUTOMÁTICO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

S Cabrera Gómez, AM Castaño Palacios, S Martínez Martínez, MN García Martínez, JL Franco Caurel

Hospital El Bierzo. Ponferrada, León

Palabras Clave: seguridad, enfermería, farmacia

Objetivos:

Desde el mes de marzo de 2014 en el Servicio de Urgencias del Hospital El Bierzo se instalan dos sistemas semiautomáticos de dispensación individualizada de fármacos sin validación previa por el farmacéutico, sustituyendo a los clásicos sistemas de dispensación por stock. Ambas máquinas cuentan con: Lector de código de barras para la identificación de enfermeros y pacientes. Lector de huella digital, para confirmar la identidad del profesional sanitario. Teclado alfanumérico, para buscar pacientes, fármacos, principios activos. Pantalla digital táctil. Un armario principal, dos auxiliares y uno más con sistema de refrigeración. En función del tipo de fármaco y presentación existen puertas con apertura controlada con contenedores abiertos (el sistema permite el acceso a todos los medicamentos del cajón), cajones con cajetines cerrados (solo se accede al fármaco solicitado) y minicajones de apertura progresiva a medida que se retiran los medicamentos. Conexión directa con el servicio de farmacia para el control del stock de cada armario.

Material o pacientes y método:

Mediante el uso de la búsqueda bibliográfica y análisis de todos los cuestionarios anónimos distribuidos entre los enfermeros de la unidad.

Resultados:

Los sistemas semiautomáticos de dispensación individualizada de fármacos presentan estas ventajas: 1. Mejor control de caducidades y stock. 2. Acceso seguro, rápido y controlado de los medicamentos. 3. Minimización del riesgo de errores de medicación y que estos puedan ser identificados, documentados y subsanados. 4. Garantizar la distribución continuada del medicamento en la unidad. 5. Conocer la información sobre utilización de recursos y costes. 6. Ahorro estimado de un 20 % del gasto anual en farmacia del servicio. Desventajas: 1. Sistema más lento. 2. No se permite que dos profesionales dispensen simultáneamente. 3. No permite la dispensación cuando se cuelga el sistema. 4. Imposibilidad de devolver la medicación a los cajetines correspondientes después del alta. 5. La hora de reposición coincide con picos asistenciales.

Conclusiones:

A pesar de los inconvenientes encontrados, la balanza se decanta a favor de los sistemas semiautomáticos de dispensación individualizada de fármacos por motivos de seguridad y económicos.

P-135

ADMINISTRACIÓN DEL VERNAKALANT®

AM Castaño Palacios, S Cabrera Gómez, S Martínez Martínez, MN García Martínez, JL Franco Caurel

Hospital El Bierzo. Ponferrada, León

Palabras Clave: intervenciones, enfermería, urgencias

Objetivos:

En marzo de 2016 se introdujo, en nuestro servicio de urgencias, el hidrocloreto de Vernakalan, medicación indicada para la conversión rápida a ritmo sinusal de la fibrilación auricular de inicio reciente. Considerando la necesidad formativa de los profesionales se implantaron una serie de talleres. Dada la patología del paciente, los posibles efectos adversos en su administración y la rapidez en la actuación hacen que, esta medicación, requiera una serie de cuidados en la sala vital. Detectándose la necesidad de establecer intervenciones de enfermería específicas para el paciente, con alteraciones del ritmo sometidos a la administración de dicha medicación, que contribuyan a la solución rápida de las reacciones adversas.

Material o pacientes y método:

Talleres formativos al personal de urgencias (médicos y enfermeras) sobre el hidrocloreto de vernakalant. Metodología NANDA, NIC y NOC.

Resultados:

Las intervenciones más frecuentes fueron: 3250: Manejo de la tos, A: Ayudar al paciente a sentarse con la cabeza ligeramente flexionada, hombros relajados y rodillas flexionadas. 04090: Manejo de la disritmia. A: Determinar si el paciente sufre de dolor torácico o síncope asociado a la disritmia. 04044: Cuidados cardíacos agudos. A: Obtener ECG de 12 derivaciones, si correspondiera. 02440: Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso. A: mantener una técnica aséptica siempre que se manipule el catéter venoso. 05820: Disminución de la ansiedad. A: Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. 1. 450: Manejo de las náuseas. 6. 650: Vigilancia. A: determinar los riesgos del paciente, según corresponda.

Conclusiones:

La aplicación del proceso enfermero en la práctica asistencial permite al profesional prestar cuidados de una forma sistemática, racional y lógica. El manejo de las posibles complicaciones por parte de enfermería llevó a la realización de una propuesta de intervenciones estandarizadas en la sala vital. Los planes de cuidados estandarizados y los registros de intervenciones son protocolos basados en la evidencia científica y en la práctica asistencial.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-136

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN UN HOSPITAL COMARCAL. CONTENCIÓN PACIENTE AGITADO. ¿ESTAMOS PREPARADOS?

MT Fuentes Ochoa, MA Lumbreras Castillejo, V Martínez Martínez,
P Lacarra Saso, V Simón Ruiz, I Carcavilla Ardáiz,
MJ Sanmartín Melero

Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra. Cascante, Navarra

Palabras Clave: paciente agitado, protocolos, actuación

Objetivos:

Las enfermedades mentales deben ser consideradas como el resto de enfermedades por lo que los mecanismos de atención a la urgencia y el traslado de pacientes con enfermedad mental deben integrarse con los de las urgencias de otras patologías. En ocasiones, es necesaria una intervención integral e integradora de los recursos asistenciales sanitarios. La mejor intervención es la prevención.

Material o pacientes y método:

La agitación debe considerarse una situación de urgencia vital. En el abordaje del paciente agitado está involucrado todo el personal disponible, da lugar a intervenciones en situaciones de gran presión que requieren actuación rápida. Es imprescindible garantizar la seguridad de todas las personas implicadas, para lo cual es necesario seguir pautas protocolizadas en las que el personal está adecuadamente entrenado. El Hospital Reina Sofía de Tudela es un hospital comarcal que atiende a una población de unos 100.000 habitantes. La actividad de urgencias es de 43.752 pacientes durante el año 2015 de los cuales un porcentaje cada día creciente es del paciente psiquiátrico. Desde Noviembre de 2008, año en el que se abrió la Unidad de Hospitalización de Agudos Psiquiátrica, atendemos también a los pacientes con patología psiquiátrica que hasta entonces eran derivados a Pamplona. Esto ha supuesto un incremento importante de pacientes que antes apenas acudían a nuestro servicio ya que eran derivados a Pamplona desde Atención Primaria.

Resultados:

En estos ocho años vemos como la frecuentación aumenta considerablemente, y cada vez es más habitual vernos en situaciones difíciles que requieren de actuaciones complejas que nos llegan a desbordar, bien por escasez de recursos humanos, por la agresividad del momento, o por la falta de protocolos claros, consensuados y conocidos por todo el personal implicado en la atención de estos pacientes.

Conclusiones:

Es por ello que como profesionales de la urgencia debemos estar preparados y debidamente formados para asegurar una atención de calidad minimizando al máximo todo riesgo para el paciente así como para el personal que está expuesto.

P-137

IMPLANTACIÓN PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS SANITARIAS DE CASTILLA Y LEÓN. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

MJ Viuda de la Gil, L Gascón

Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León. Valladolid

Palabras Clave: enfermería, cuidados, respiratoria

Objetivos:

En 2013 se comienza a trabajar en Castilla y León la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería (PCE). Se inicia la formación en la metodología de elaboración de los Planes de Cuidados y utilización de la nomenclatura NANDA NIC NOC. Se crea un grupo de trabajo con profesionales especialmente motivados, se elaboran seis Planes de Cuidados de Enfermería, con el apoyo metodológico de profesionales de Atención Especializada

Material o pacientes y método:

La población de Castilla y León es de 2.450.000. Los incidentes con diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda y atendidos por UME son 250 al año, la distribución por edad y sexo. El 85% de los pacientes son trasladados por UME al hospital, el 15% se traslada por un recurso básico. Una vez elaborado el PCE, se ha diseñado la hoja de registro que se muestra en la presentación, actualmente se ha implantado en fase de pilotaje en una UME de Valladolid.

Resultados:

Se han diseñado varios indicadores de procedimiento para evaluar la implantación del PCE, durante 2015, se medirán los siguientes indicadores:

Conclusiones:

Se ha llevado a cabo la estrategia de implantación de los PCE en el entorno de Emergencias Sanitarias. Actualmente los profesionales de Emergencias Sanitarias elaboran los PCE que se implantarán en los UMES, con un elevado grado de aprendizaje por el grupo de trabajo que inició la estrategia hace dos años.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-138

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS Y SU ABORDAJE EN EL ÁREA DE TRIAJE

MR Valverde León (1), I Morales Cané (2)

(1) Estudiante, Córdoba, (2) Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga

Palabras Clave: psiquiatría, urgencias, enfermería

Objetivos:

El abordaje del paciente psiquiátrico agudo en el área de urgencias es un reto para el personal de enfermería, es por ello que el personal de urgencias deben tener unos conocimientos apropiados sobre la patología y el tratamiento adecuado para el paciente, para que se realice de forma segura y correcta.

Material o pacientes y método:

Revisión sistemática sobre el tema en cuestión, donde se extraen los datos más relevantes, para aumentar el conocimiento en el abordaje de este tipo de pacientes en el servicio de Urgencias.

Resultados:

Elaborar un documento en el que podamos conocer de forma rápida y efectiva, los signos y síntomas más frecuentes de las patologías que más acuden al servicio de Urgencias, para lograr un mejor cuidado y detección precoz de un trastorno psiquiátrico.

Conclusiones:

En el triaje del servicio de Urgencias es necesario un conocimiento sobre los trastornos psiquiátricos más usuales, sus signos y síntomas más característicos, para así poder detectar a tiempo un empeoramiento del paciente y una mala clasificación y derivación correspondiente.

P-139

ESTUDIO SOBRE LA PETICIÓN DE RADIOGRAFÍAS EN TRIAJE. ¿SON NECESARIAS TODAS?

R López Bravo, Al Pedrosa Sáiz, Al Blanco Fonseca,
C Delgado Martínez, C Fernández Pérez,
E López Maqueda

Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: radiografía, adulto, triaje

Objetivos:

El personal de triaje, preocupado por una calidad en la atención al paciente que acude a Urgencias por traumatismos, impotencia funcional de extremidad y dolor o sospecha de afectación músculo-esquelética, se embarca, en el estudio de comprobar si la solicitud de todas las radiografías en adultos que acuden por alguno de estos problemas es la adecuada, así como sensibilizados por los posibles daños que puedan causar las radiaciones ionizantes. Igualmente siente la necesidad de adquirir los conocimientos necesarios para una buena praxis en la petición de pruebas. En nuestro centro, las peticiones de radiografías en adultos con traumatismos, son solicitadas desde el triaje pro el personal de enfermería, sin valoración médica previa. Has la fecha no existe ningún protocolo.

Material o pacientes y método:

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de análisis de historias clínicas, de pacientes que acuden a Urgencias, (derivados al servicio de traumatología) durante el año 2015 y más concretamente con afecciones referidas a columna lumbar, parrilla costal, rodilla, tobillo y pie.

Resultados:

El estudio de solicitudes de rayos en triaje, aún sin evidenciarse signos externos de tumefacción y/o deformidad o síntomas asociados, pone de manifiesto que en innumerables ocasiones: se piden pruebas con demasiada frecuencia, se repiten pruebas ya realizadas, se solicitan pruebas inadecuadas, no se da la información necesaria al pedir la prueba y existe un exceso de pruebas complementarias.

Conclusiones:

Se estima la necesidad de elaboración de un protocolo para la solicitud de estudios radiológicos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-140

PACIENTES ATROPELLADOS EN NÚCLEOS URBANOS, ¿QUÉ CUIDADOS NECESITAN?

MP. García Arias (1), C Pueyo Enrique (2)

(1) Hospital Universitario Miguel Servet, (2) 061 Aragón. Zaragoza

Palabras Clave: accidente de tráfico, atropello, UCI

Objetivos:

Los peatones representan un cuarto de las muertes por accidente de tráfico, forman parte de los usuarios vulnerables de la vía pública. Las víctimas de atropello, son dadas de alta a las pocas horas, o son trasladados a una planta de hospitalización. En ocasiones, la complejidad del cuadro clínico hace necesario su ingreso en una UCI.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo transversal sobre los cuidados y técnicas que se aplicaron a las 27 víctimas de atropellos que ingresaron en las UCIs. La fuente de información utilizada fueron las historias clínicas.

Resultados:

El 73, 4% de los pacientes fueron hombres con una media de edad de 40, 43 años (DE: 22, 1). En el momento del ingreso, el 48, 8 % de los pacientes presentaron un GSC que se encontraba entre 13-15 puntos. El 63, 8% presentaron un TCE. El 46, 8% mostraron heridas inciso-contusas, las fracturas costales y de miembros inferiores se presentaron en el 29, 8% y 23, 4% de los casos. Las técnicas que se realizaron más habitualmente fueron la monitorización electrocardiográfica, en el 98, 7%, la de la saturación de oxígeno en el 95, 1% y la presión arterial invasiva en el 43, 5%. Se canalizó una vía venosa central en el 58, 7% y periférica en el 34%. El sondaje nasogástrico y vesical se llevó a cabo en el 50% y 71, 1% de los casos respectivamente. El 54, 3% de los pacientes necesitó gafas nasales y el 47, 8% precisó intubación orotraqueal.

Conclusiones:

Los pacientes fueron en su mayoría hombres, con una media de edad de 40 años. Los diagnósticos que frecuentemente se identificaron fueron el TCE, las heridas inciso-contusas y las fracturas costales, y entre los cuidados y técnicas más habituales se encontraron la monitorización electrocardiográfica, de la saturación de oxígeno y de la presión arterial invasiva, así como el SV y la canalización de una vía venosa central.

P-141

FRECUENCIA RESPIRATORIA. LA IMPORTANCIA DE REALIZAR SU MEDICIÓN EN TRIAGE DE URGENCIAS

MT Fuentes Ochoa, V Martínez Martínez, MA Lumbreras Castillejo, P Lacarra Saso, I Carcavilla Ardaiz, B Sánchez Burgaleta, MA Agüero Cárdenas

Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra. Cascante, Navarra

Palabras Clave: frecuencia respiratoria, triaje de urgencias, enfermedades graves

Objetivos:

La patología respiratoria aguda es una de las más prevalentes y de mayor morbilidad en los servicios de urgencias. Los servicios de urgencias hospitalarios presentan una demanda creciente. En los últimos años las atenciones en urgencias se han triplicado y se ha producido una clara inadecuación entre la oferta y la demanda. La elevada carga asistencial facilita el colapso y los errores en el diagnóstico y manejo de muchos pacientes.

Material o pacientes y método:

La respiración es un proceso vital indispensable para la vida de los organismo aeróbicos. La frecuencia respiratoria es el marcador de disfunción pulmonar que empeora progresivamente con el avance de diferentes condiciones de salud. La disnea es una sensación subjetiva de dificultad para respirar o percepción de la propia respiración de forma desagradable. Este síntoma es causa frecuente de demanda de los SUH. Constituye una manifestación de diversas enfermedades pulmonares, cardíacas, metabólicas, psicógenas, por lo que es fundamental hacer una buena valoración desde el triaje.

Resultados:

Cuando realizamos el triaje de un paciente en el área de urgencias cualquier paciente con distrés respiratorio debe ser prioritario frente a otro. Esta idea debe estar clara en todo el personal ya que la transición de una insuficiencia respiratoria a un fallo respiratorio puede ocurrir en minutos, tiempo en el cual debemos ser capaces de estabilizar al paciente. En determinadas patologías (TEP) existe un incremento de la frecuencia respiratoria que puede provocar alcalosis respiratoria... y en ocasiones puede dar pie a confundirlo con un cuadro de ansiedad.

Conclusiones:

Por ello, es fundamental para realizar un buen triaje de cualquier paciente con disnea y taquipnea tomar la frecuencia respiratoria y no solo la saturación de O₂. El valor de la FR es de suma importancia a la hora de clasificar correctamente a cualquier paciente que acude a un servicio de urgencias. La priorización adecuada evita demoras en la atención de aquellos pacientes con patologías graves y que necesitan atención rápida frente a otros con patologías más banales.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-142

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS ANTE LA SOSPECHA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

MS Nieva Torme, M Serrano Hernantes

Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: triaje, hemorragia, incidencia

Objetivos:

La hemorragia digestiva se define como la pérdida de sangre procedente del aparato digestivo. Con una elevada incidencia y mortalidad, que oscila entre un 5 y 20%, dependiendo de diferentes factores, especialmente la cuantía del sangrado, su origen, la edad del paciente y otras patologías asociadas. La hemorragia digestiva, según se origine por encima o por debajo del ángulo de Treitz, la clasificaremos en hemorragia digestiva alta (HDA) o hemorragia digestiva baja (HDB). Por lo general la HDA tiene una forma de presentación y evolución clínica más severa que la HDB. La HDA, es una de las complicaciones más graves del aparato digestivo, y tiene que ser tratada por un equipo sanitario multidisciplinario y altamente cualificado

Material o pacientes y método:

En primer lugar ante la sospecha de hemorragia digestiva hay que valorar y estabilizar hemodinámicamente al paciente: Toma de constantes: tensión arterial (TA), Frecuencia cardiaca (FC). Estado de perfusión periférica: Síncope, coloración de piel y mucosas, temperatura (T°), relleno capilar, sequedad de boca. Posteriormente se procederá a localizar el origen del sangrado con la intención de aplicar la terapéutica idónea. Metodología. Se deben canalizar dos vías periféricas de grueso calibre (mínimo 18F) en todos aquellos pacientes con HDA moderada-severa. Extracción de muestra sanguínea. Paciente en posición de seguridad. Asegurar la permeabilidad de la vía aérea, O2 si precisa. Poner Sonda nasogástrica, para la confirmación o no del origen alto de la hemorragia. Monitorización, Electrocardiograma. La reposición de la volemia se realiza con soluciones isotónicas: S. F. O, 9% o Ringer Lactato. Los expansores plasmáticos, en caso de HDA masiva. Administración del tratamiento farmacológico. Sondaje vesical, control de diuresis. Pruebas complementarias: Eco, TAC, endoscopia.

Resultados:

Depende de la cantidad del sangrado, así como de la rapidez en la localización y tratamiento de la lesión.

Conclusiones:

Es necesario una actuación multidisciplinar, urgente y eficaz, en el cual es fundamental el papel del personal de enfermería, que ha de tener una formación práctica y teórica adecuada. Es más importante estabilizar hemodinámicamente al paciente, que establecer el origen de la hemorragia.

P-143

IMPLANTACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS SANITARIAS DE CASTILLA Y LEÓN. ICTUS

R Martín Sánchez, C Vázquez Donis

Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León. Valladolid

Palabras Clave: enfermería, cuidados, ictus

Objetivos:

En 2013 se comienza trabajar en Castilla y León la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería (PCE). Se inicia la formación en la metodología de elaboración de los PCE y utilización de la nomenclatura NANDA NOC NOC. Se crea un grupo de trabajo con profesionales especialmente motivados, elaborados seis PCE, con el, inicialmente, apoyo meteorológico de profesionales de Atención Especializada.

Material o pacientes y método:

La Comunidad de Castilla y León tiene 2.500.000 habitantes. Los incidentes atendidos por las UMES con los CIEs son la distribución por edad y sexo. El 85 % de los pacientes son trasladados por UME al hospital, el 15% se trasladan ppr un recurso básico Se inicio la elaboración del PCE de Ictus, se ha diseñado la hoja de registro que se muestra en la presentación. Actualmente se ha implantado, en fase de pilotaje, en una UME de Valladolid.

Resultados:

Se han diseñado varios indicadores de procedimiento para evaluar la implantación del PCE, durante 2016.

Conclusiones:

Se ha llevado a cabo la estrategia de implantación de los PCE en el entorno de Emergencias Sanitarias Actualmente los profesionales de la Gerencia de Emergencias elaboran los PCE que se implantan en las UMES, con un elevado grado de aprendizaje por el grupo de trabajo que inicio la estrategia hace dos años.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-144

SEPSIS, ¿Y AHORA QUÉ?

**S Martínez Martínez, S Cabrera Gómez, AM Castaño Palacios,
MN García Martínez, JL Franco Caurel**

Hospital El Bierzo. León

Palabras Clave: sepsis, triaje, enfermería

Objetivos:

Se define SEPSIS como la presencia de una infección con manifestaciones sistémicas de infección. Hablamos de SEPSIS GRAVE cuando hay hipoperfusión tisular o disfunción orgánica inducida por sepsis. A pesar de los avances en tratamientos y medidas, España, continua teniendo una elevada mortalidad, hasta un 29 % de los casos de sepsis grave fallecen.

Material o pacientes y método:

Presentación de un caso clínico, acude al hospital un varón con: fiebre de 39.6°C, taquicardia de 130 lxm, hipotensión de 80/40, y saturación de oxígeno 93%. Refiere fiebre de 24 horas de evolución y dolor en fosa renal, en el momento cuenta cuadro de mareo y cansancio. Tras la primera valoración en el triaje, se observa alteración en las constantes vitales, por lo cual al tener un nivel II de triaje, y tratarse de una situación muy urgente, se avisa al médico responsable y se comienza a realizar las actividades según necesidades. NECESIDAD DE CIRCULACIÓN, canalización de 2 vías periféricas de gran calibre, con extracción de muestras para bioquímica, coagulación, hemograma y procalcitonina. Extracción de hemocultivos y comenzar fluidoterapia y tratamiento antibiótico lo antes posible. Necesidad de respiración. Extracción de gasometría arterial con lactato, mantener vía aérea permeable y oxigenoterapia. Necesidad de eliminación. Se procede a sondaje urinario para control de diuresis y recogida de muestras para sistemático y sedimento de orina, así como urocultivo. NECESIDAD DE HIGIENE Y PIEL. Control antitérmico. Se procede a monitorizar las constantes: TA, FC, T°, Sat O₂, con reevaluación continua, hasta decidir el ingreso en UCI tras no observar mejoría.

Resultados:

Tras la recogida de muestras, administración de sueroterapia y tratamiento (antibiótico, antitérmico), y monitorización continua de constantes se decide ingreso en UCI tras no observar mejoría.

Conclusiones:

La importancia de la detección precoz de una posible sepsis grave en el triaje, aumenta la posibilidad de diagnóstico y administración de tratamiento precoz y disminuye la mortalidad.

P-146

DIABETES, UNA DULCE EMERGENCIA

M Serrano Hernantes

Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: diabetes, hipoglucemia, cetoacidosis

Objetivos:

La diabetes mellitus (DM), Es un trastorno metabólico, que cursa con hiperglucemia, debido a defectos en la síntesis-secreción de insulina, en su acción en los tejidos o en ambos. La DM, es la patología endocrina más frecuente en la población. Que requiere atención y reeducación sanitaria continua. Pudiendo presentar complicaciones macro y microvasculares. Otras alteraciones (susceptibilidad a infecciones, complicaciones gestacionales, psicológicas, sociolaborales) y otras agudas potencialmente mortales. Los costes de la DM, representan una proporción muy elevada del total del gasto sanitario español, 5.809 millones de euros, que equivale al 8,2% del gasto sanitario total para el Sistema Nacional de Salud, según estudio de 2010. Se calcula que en 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes. Se calcula que en 2014 la prevalencia mundial de la diabetes fue del 9% entre los adultos mayores de 18 años. Y se prevé para 2031, una cifra de 366 millones de personas afectas. Se estima que cada año debutan 1.500 niños con diabetes en España. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030.

Material o pacientes y método:

Identificar signos y síntomas, así como el manejo de enfermería en la hipoglucemia y en la cetoacidosis diabética. Ambas situaciones si no se manejan de la manera adecuada pueden comportar un importante riesgo vital. Formación del personal de urgencias en el conocimiento de los tipos de insulina, y de sus sistemas de administración. Uso de glucagón y excepciones en su uso. Conocimiento de las situaciones en las que se puede modificar las necesidades de insulina. Educación sanitaria al paciente y familia, estimular la autoeficacia y la autoestima.

Resultados:

Obtener conocimiento adecuado de la DM, para dar un tratamiento óptimo en las situaciones de emergencia.

Conclusiones:

Es importante prestar una asistencia sanitaria de calidad. Es necesario formar a enfermería, para mejorar la eficiencia en el control y tratamiento de la DM, para reducir así sus complicaciones y los enormes costes humanos y económicos asociados a la enfermedad.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

P-147

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS QUEMADURAS

M Serrano Hernantes, M Nieva Torme

Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: quemaduras, complicaciones, cuidados

Objetivos:

Las quemaduras son lesiones que afectan a la integridad de la piel, producidas por distintos agentes (térmicos, químicos, eléctricos), que ocasionan un desequilibrio bioquímico por desnaturalización proteica, edema y pérdida del volumen del líquido intravascular debido a un aumento de la permeabilidad vascular. El grado de la lesión es el resultado de la intensidad del efecto del agente y la duración de la exposición y puede variar desde una lesión relativamente menor y superficial hasta pérdida extensa y severa de la piel.

Material o pacientes y método:

Se evaluara la quemadura en función de la profundidad, localización y extensión. Es preciso conocer la edad, agente etiológico, lesiones asociadas y patología previa. Estabilizar hemodinámicamente al paciente, vía aérea y control cervical, ventilación, circulación, reposición de volumen, analgesia y sedación según precise, desnudarle, control estricto de la temperatura corporal, evitando la hipotermia, mantenerle en lugar seco y cálido, eliminar restos de ropa, arena, etc. Limpiar la superficie con solución jabonosa antiséptica incolora, desbridar flictenas, escarectomía. Sonda vesical y nasogástrica. a) Quemaduras de primer grado. Son las más superficiales y dolorosas afectando únicamente a la epidermis. b) Quemaduras de segundo grado: superficial, profunda. Afectan a epidermis y parte de la dermis. Aparecen flictenas o ampollas. c) Quemaduras de tercer grado. Se produce destrucción completa de todo el espesor de la piel. Su aspecto varía desde escara blanca y seca hasta color negruzco.

Resultados:

El pronóstico depende de la causa (más graves las eléctricas y las químicas), extensión y la profundidad de la lesión, pero hay ciertas zonas (manos, pies, zonas de flexo-extensión, cara y perineo) que por sí solas producen importantes incapacidades.

Conclusiones:

Resaltar la diferencia entre un paciente con quemaduras locales y el síndrome del gran quemado, donde nos enfrentamos a un paciente inestable. Lo fundamental para abordar el cuidado inicial de estos pacientes, siguiendo la secuencia ABCDE: vía aérea, respiración, circulación, estado neurológico y control ambiental.

A-149

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PARACENTESIS

C Botello García (1), MC García Cáceres (2), S Díaz Herranz (3), MI Cambero Flores (4), M Martín González (1)

(1) Paro, (2) Hospital Infanta Cristina, (3) Hospital Perpetuo Socorro, (4) Hospital Coria. Badajoz

Palabras Clave: paracentesis, enfermería urgencia, cuidados enfermería

Objetivos:

La paracentesis es un procedimiento médico para evacuar líquido de la cavidad abdominal. El papel de la enfermería es fundamental, colaborando con el facultativo en la realización de la prueba y dando los cuidados oportunos al paciente, antes, durante y después de la paracentesis.

Material o pacientes y método:

Paciente con ascitis a tensión al cual se le realiza una paracentesis evacuadora. El procedimiento a realizar es: - Realizar lavado de manos. Preparar el material. Preservar la intimidad del paciente. Comprobar que el paciente y familia ha recibido la información médica sobre el procedimiento. Solicitar la colaboración del paciente. Colocar al paciente en posición de Fowler o decúbito supino. Medir la tensión arterial. Pedir al paciente que no se mueva y que respire lentamente. Preparar campo estéril y depositar el material necesario en él. Colocarse guantes no estériles. Aplicar solución antiséptica en la zona a puncionar. Ayudar al médico durante el procedimiento. Preparar tubos estériles para recoger la muestra de líquido ascítico, si precisa. Vigilar ritmo de salida del líquido y sus características, si la paracentesis es evacuadora. Controlar tensión arterial durante la evacuación y al finalizar. Colocar apósito en la zona de punción. Vigilar periódicamente si el apósito se mancha, valorar cantidad y color del líquido drenado. Cambiar el apósito si precisa. Comenzar la deambulación de forma progresiva. Recoger el material. Retirarse los guantes. Realizar lavado de manos. Identificar los tubos con los datos del paciente y cursar al laboratorio con la solicitud de analítica. Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento realizado, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

Resultados:

Retirar líquido peritoneal acumulado en la cavidad abdominal con fines diagnóstico (apoyo al diagnóstico) y terapéutico (disminuir la presión sobre algunos órganos vitales).

Conclusiones:

El personal de enfermería debe conocer la técnica de paracentesis, sus indicaciones y posibles complicaciones.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

A-150

ATENCIÓN AL USUARIO

MS Nieva Torme, M Serrano Hernantes, D Fernández Pastor

Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: comunicación, calidad, empatía

Objetivos:

La mejora de la calidad en la atención al paciente y usuario es un reto muy importante para todos los que trabajamos en el servicio de urgencias del HUBU. Por lo general, los usuarios del sistema sanitario público opinan que la calidad científico-técnica de los profesionales es excelente, sin embargo, la calidad relacional, la comunicación con ellos, la información que se les facilita y cómo, la capacidad de escucha, las habilidades para ofrecer consejo, no obtienen tan buen resultado. Ofrecer al paciente un trato empático y de alta calidad es un compromiso ético de la profesión sanitaria y, de gran utilidad para poder diseñar mejor los procesos terapéuticos y asistenciales en la dirección de las necesidades reales de cada persona.

Material o pacientes y método:

La comunicación es un elemento que va inevitablemente asociado al comportamiento de las personas, siendo imprescindible la comprensión de lo que es comunicado. Existen distintas formas de relación y comunicación entre las personas. Estilo agresivo: provocan en los demás respuestas de defensa y de ataque. Estilo pasivo: personas con dificultades para negarse a las peticiones de los demás, aunque éstas no estén justificadas. Estilo asertivo: consiste en demostrar firmeza y seguridad, respetando al otro, teniendo en cuenta sus puntos de vista.

Resultados:

Toda relación terapéutica implica, un proceso de relación interpersonal. Para conseguir una relación de ayuda efectiva debemos contar con una serie de habilidades específicas, cognitivas, técnicas, así como sociales o comunicativas como la escucha activa, la empatía, el respeto mutuo, saber estar, saber que decir y como decirlo, asertividad, feedback, saber cómo posicionarse ante las emociones del paciente, como manejar nuestras propias emociones, habilidades y destrezas que aseguren la intimidad y el bienestar del paciente.

Conclusiones:

Los términos siempre y nunca raras veces son ciertos y tienden a formar etiquetas. No generalizar. En la comunicación: ser amable es rentable.

A-151

SEPSIS

R López Bravo, MS Nieva Torm

Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: adulto, sepsis, herramientas

Objetivos:

Desde que se publicaran las primeras definiciones (1991), el concepto de sepsis y shock séptico han ido cobrando importancia aun sin la existencia de unas medidas consensuadas en la identificación y manejo, desde su recepción en urgencias hasta el lugar de hospitalización. Se pretende con ello, exponer la magnitud del problema, buscando el beneficio del paciente, la adecuación del ingreso (destino) según la gravedad, la disminución de la morbilidad y probablemente de la estancia hospitalaria.

Material o pacientes y método:

MATERIAL: Junto con la extensa bibliografía recogida de estos años de andadura en el tema de sepsis, y los pacientes que acuden al servicio de urgencias o se encuentran hospitalizados con criterios de sepsis grave o shock séptico y que son subsidiarios de recibir soporte terapéutico se hace un estudio de casos y resultados. **MÉTODO:** Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo en un periodo de seis meses de aquellos pacientes con criterios de sepsis. Se evalúa la actuación realizada y los resultados obtenidos. De esta manera, ante un paciente con sospecha de sepsis la enfermería debe actuar rápidamente e iniciar una serie de medidas: Toma de constantes. Canalizar preferentemente dos vías de grueso calibre. Extracción de analítica completa - Extracción de hemocultivos (dos tandas) y cultivos específicos según tipo de patología. Administración de fluidoterapia agresiva. Administración antibióterapia precoz.

Resultados:

La sepsis como patología tiempo dependiente, encuentra escollos en su camino hacia el completo éxito al que debería llegar, en cuanto a la detección, abordaje multidisciplinar y tratamiento precoz.

Conclusiones:

La finalidad, en cuanto al tema que nos ocupa, es mejorar la atención y disminuir la morbilidad. La no existencia de un protocolo principal y revisión de los ya existentes, estiman la necesidad de un consenso de actuación para que el profesional de enfermería se encuentre en la mejor posición para identificar sus signos tempranos, (por el estrecho y continuo cuidado del paciente) así como el correcto conocimiento de técnicas para una buena praxis de su carrera.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 2. ENFERMERÍA DE URGENCIAS

A-152

TRIAJE AVANZADO EN TRAUMA MENOR

C Sierra Luque, A Soto Augusto, F González Gil, M Toro Valiente

Hospital de Alta Resolución Morón de la Frontera. Sevilla

Palabras Clave: triaje, tiempo, trauma

Objetivos:

Triage de urgencias es el proceso de valoración clínica preliminar que ordena a los pacientes antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa según su grado de urgencia, de forma que en una situación de saturación del servicio o de disminución de recursos, los pacientes más urgentes son tratados los primeros. Las practicas avanzadas en triaje son el conjunto de intervenciones enfermeras (pruebas complementarias y medidas farmacológicas) consensuadas previamente con los médicos destinadas a proveer una respuesta rápida y eficaz desde el área de triaje, reduciendo tiempos de espera innecesarios.

Material o pacientes y método:

El/la enfermer@ de la consulta de acogida una vez realizada la clasificación del paciente solicitará en caso de trauma menor la prueba radiológica pertinente en función de una serie de criterios: Trauma menor en EESS y/o EEII (Tabla 01). No se solicitará si se trata de paciente menor de 14 años, politraumatizado o embarazada. En caso de mujer que tenga dudas o sospecha de embarazo se solicitará test de gestación y el estudio radiológico lo solicitará el médico una vez tenga resultado analítico.

Conclusiones:

Con este triaje avanzado en trauma menor se reduce el tiempo del paciente en el circuito de urgencias (desde la acogida en consulta de clasificación hasta que se va con el tratamiento realizado). Al ser llamado a consulta médica para exploración y anamnesis el facultativo posee la prueba radiológico para el diagnóstico.

A-153

CREACIÓN DE UNA HOJA DE RECOMENDACIONES AL ALTA DE URGENCIAS SOBRE EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS AGUDOS/CRÓNICOS DE LUMBALGIAS NO TRAUMÁTICAS

S Rabadán Mezquita, J Pérez Acebo, E Mora Mellado, J Vilchez Cobos, E Carranza, F Girvent

Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell, Barcelona

Palabras Clave: lumbalgia, autocuidado, enfermería

Objetivos:

Se pretende realizar una hoja de recomendaciones para el alta en urgencias a los pacientes visitados por dolor lumbar no traumático sobre los cuidados de la espalda en el domicilio. La lumbalgia es una urgencia no vital pero que precisa de un tratamiento rápido y adecuado. Es un problema de salud, con alta prevalencia de visitas en nuestro servicio de urgencias. Un porcentaje elevado son pacientes con dolor transitorio de unos días o semanas de evolución, aunque existe un grupo de pacientes crónicos. En la institución existen hojas de recomendaciones al alta de otras patologías pero no específicas sobre la lumbalgia. Desde el punto de vista enfermero, del auto-cuidado del paciente, consideramos que es necesaria la implantación de esta hoja de recomendaciones para evitar re-consultas en urgencias.

Material o pacientes y método:

Cuando un paciente se va de alta en urgencias, a parte del tratamiento farmacológico que es importante, las recomendaciones de autocuidado de la espalda son fundamentales para la buena evolución del proceso. Lo que se pretende hacer, es una hoja informativa con ilustraciones y de fácil comprensión, que vaya acompañada con el informe del médico. Con la hoja, pretendemos que el paciente obtenga más información sobre como potenciar su autocuidado y sea autosuficiente con el tratamiento del dolor lumbar, en todas sus fases (tanto en fase aguda y en los días posteriores). *A posteriori*, una vez implantada dicha hoja de recomendaciones, haremos un estudio observacional descriptivo retrospectivo que compare si la entrega de la hoja ha sido efectiva mediante una revisión de datos del año anterior y posterior a su implantación.

Conclusiones:

El autocuidado del paciente es una competencia enfermera. Sabiendo que una gran parte de nuestra población de referencia sufre esta dolencia, consideramos que es fundamental dar la mayor información posible al usuario para que auto-gestione mucho mejor su problema de salud.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 3

Experiencias en formación, simulación clínica, investigación

28
Congreso
nacional SEMES



EXPERIENCIAS
evolucionando



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

O-154

UTILIDAD DEL LARINGOSCOPIO CON ALARMA INCORPORADA EN LA DOCENCIA DE SOPORTE VITAL

FJ Lucas Imbernón (1), E Rovira Gil (2), A López González (2), V Martínez Vizcaino (3), MA Galán Traba (4), FJ Lucas Galán (4)

(1) Hospital General Universitario de Albacete, (2) Facultad de Enfermería de Albacete, (3) Centro Estudios SocioSanitarios. Cuenca, (4) Hospital General Universitario de Albacete

Palabras Clave: laringoscopio con alarma, docencia, soporte vital

Objetivos:

La intubación traqueal supone el método de mayor calidad para asegurar una vía aérea en la Reanimación Cardiopulmonar y el factor del tiempo es muy importante.

Material o pacientes y método:

Estudio experimental de uso de un laringoscopio en un modelo de intubación sobre maniquí siguiendo los criterios de RCP del European Council Resuscitation. Variables: socio- demográficas, formación previa en intubación tráquea, frecuencia de intubaciones, secuencia de intubación, tiempo del primer intento de intubación sin y con temporizador. Encuesta de opinión (7 ítems, escala de Likert 1-10). Análisis estadístico: Variables cualitativas se describen como número y porcentaje y las cuantitativas con la media y desviación estándar. Comparaciones mediante chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher para las variables cualitativas. SPSS, ($p < 0,05$).

Resultados:

El grupo estudiado fue de 430 sujetos. Los tiempos de intubación sin prototipo fue 32,59 seg, DT= 9,98, mientras con prototipo fue 26,01 seg, DT= 8,1 ($p < 0,05$). Los sujetos que han intubado con mayor rapidez en el grupo de control y en el experimental son los médicos de UCI/Reanimación (sin prototipo media = 20,38 s con DE = 4,88 y con prototipo media = 15,14s con DE = 2,26) y los de Urgencias (sin prototipo media = 21,54 s con DE = 5,55 y con prototipo media 17,99 s con DE = 3,69) ($p < 0,05$). El grupo de médicos de UCI/Reanimación no cree que el dispositivo les condicione la intubación y no llegan a creer decididamente que el dispositivo sea útil para la clínica al contrario que el resto de profesionales y estudiantes ($p < 0,05$), que piensan que ¿es importante el control del tiempo en IOT?, ¿este dispositivo es conveniente para la docencia?, ¿un dispositivo es conveniente para la clínica? y ¿este dispositivo es útil para la clínica?

Conclusiones:

El uso de un laringoscopio con temporizador de señales acústicas y luminosas disminuye el tiempo medio de intubación y la mayoría de los profesionales y todos los estudiantes creen que condiciona positivamente su formación en intubación traqueal.

O-155

EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA SBAR EN EL TRASPASO DE INFORMACIÓN REALIZADO POR ENFERMEROS DEL MÁSTER DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y HOSPITALARIA URGENTE USANDO SIMULACIÓN CLÍNICA

X Bernárdez Gómez, F Paz Rubio, P Sánchez Valero, F Tebar Escribano, G Cuadras Bassa, L Salvadó Villa, J Colina Torralva

Universidad de Barcelona

Palabras Clave: simulation training, patient Handoff, emergency nursing

Objetivos:

En 2007 la OMS publicó el Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente en el que estableció la técnica SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) como útil para mejorar el traspaso de pacientes entre profesionales. En este estudio se evalúa la efectividad de SBAR en el traspaso de información mediante el uso de un simulador de pacientes y videograbación.

Material o pacientes y método:

Estudio estadístico descriptivo de los TI realizados por enfermeros del Máster de Atención Prehospitalaria y Hospitalaria Urgente en el aula de simulación. Previo al estudio los participantes reciben formación en SBAR: 2 horas presenciales y 2 horas online. Se simula un caso real en el que el enfermero participante debe atender a un paciente en un entorno extrahospitalario. Una vez estabilizado el paciente lo debe transferir a un entorno hospitalario. Se videografa todo el proceso. El participante desconoce que el objeto de estudio es el TI con la técnica SBAR. Posteriormente se analiza el TI utilizando una plantilla de SBAR, basada en la publicada por el National Health Service (UK). Se realiza el análisis estadístico, TI n=25.

Resultados:

La media de información traspasada fue del 59,41% en una distribución agrupada (moda 56,86, mediana 57,41, DE 11,56%). El tiempo medio empleado fue de 63,64 segundos (DE 23,93s). No hay relación entre el tiempo empleado para cada TI y la cantidad de información traspasada ($r=0,091$, $p < 0,001$), tampoco hay relación entre la complejidad del caso y la cantidad de información traspasada ($r=0,098$, $p < 0,001$). Los peores resultados se obtuvieron en la fase Situation (media 31,56%, DE 6,94%) y Background (media 51,85%, DE 0,28%) y los mejores resultados en las fases Assessment (media 66,50%, DE 0,20%) y Recommendation (media 98,67%, DE 0,07%).

Conclusiones:

La técnica SBAR es útil para evaluar los TI. La técnica SBAR permite estandarizar resultados y comparar trabajos. En nuestro estudio la técnica SBAR no obtiene buenos resultados. Los participantes no han traspasado el 40,59% de información relevante, sobretodo en datos de Situation y Background del paciente. Se deben analizar las causas de los bajos resultados obtenidos con nuevos trabajos de investigación.





CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

O-156

CONOCIMIENTOS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA EN POBLACIÓN GENERAL EN LA PROVINCIA DE BURGOS

A Rosón González, C Ballesteros Sánchez, N Castrillo Espinosa, M González Francés, P Latatu Córdoba, P Martínez Benito

E.I.R. 1 EFyC. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Burgos

Palabras Clave: resucitación cardiopulmonar, educación de la Población, paro cardíaco extrahospitalario

Objetivos:

Se ha demostrado que la reanimación cardiopulmonar (RCP) iniciada por testigos aumenta la supervivencia y que un alto porcentaje de paradas cardiorrespiratorias se producen en el medio extrahospitalario. En base a esto es importante que la población esté formada en RCP básica, por lo que determinar los conocimientos de la misma para poder justificar la creación de programas formativos es fundamental.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo transversal. Encuesta original no validada, sí pilotada, autoadministrada de forma anónima. Muestra: 549 personas entre 18 y 70 años que acudieron a consultas de enfermería de los centros de salud participantes (se excluyó a profesionales sanitarios y personas con dificultades para realizar la encuesta). Muestreo no probabilístico consecutivo. Variables: sexo, edad, profesión, nivel de estudios, formación en RCP y tiempo transcurrido desde la misma, conocimiento del significado de la siglas RCP, actuación al encontrarse una persona inconsciente, algoritmo compresión-ventilación, posición de las manos, ritmo y autopercepción para realizar RCP.

Resultados:

Total: 549 (214 hombres y 335 mujeres). El 60,5% conoce el significado de las siglas RCP. El 22,6% sabe cómo actuar en caso de encontrar una persona inconsciente. El 14,2% conoce el algoritmo compresión-ventilación. El 37% conoce cómo colocar las manos para realizar las compresiones. El 7,5% conoce a qué ritmo se deben realizar las compresiones. Un 14% se siente capacitado para realizar RCP. Un 41,2% ha recibido formación. La media global de aciertos es de 1,42 sobre 5. En el caso de la gente que ha recibido formación la media es 2,06 en contra de los que no reciben formación que es de 0,97.

Conclusiones:

El conocimiento global en RCP es bajo con una media de aciertos inferior al 50% sólo superado en el caso de las personas que recibieron formación en el último año. En base a los resultados obtenidos consideramos necesaria la formación en este ámbito.

O-157

OPTIMIZACIÓN DE LA RENTABILIDAD DE LOS HEMOCULTIVOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

C Herrero Benito, A Martín Quirós, M Torres de Sebastián, A Torres Hidalgo, S Galindo Gómez, M Romero Gómez, M Quintana Díaz

Hospital Universitario La Paz. Madrid

Palabras Clave: sepsis, bacteriemia, quality control

Objetivos:

Los hemocultivos son piedra angular para el diagnóstico etiológico de la bacteriemia. Hasta un 20- 50% de los resultados positivos son contaminaciones. Estudios internos (no publicados) del Servicio de Urgencias (SU) de nuestro hospital estima una tasa de contaminaciones del 5-6% del total recibidos. La técnica de obtención y procesamiento de los hemocultivos del SU tiene amplio margen de mejora. Desde la propia técnica, hasta la agilización de su envío al S. Microbiología (SM) son aspectos optimizables en nuestro entorno.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional prospectivo con análisis de datos antes/después de una intervención educativa y la introducción de un conjunto de medidas para mejorar la rentabilidad de los hemocultivos del SU. El estudio se dividirá en tres fases.

Resultados:

Fase 1: Observación Pre-Intervención. Evaluación del proceso desde la toma y envío de hemocultivos hasta la emisión del informe definitivo por parte del SM. Se realizará mediante el registro de las variables recogidas en el cuaderno de recogida de d

Conclusiones:

Con el presente proyecto se pretende optimizar la técnica de extracción de hemocultivos y aumentar los conocimientos del personal de Enfermería con el fin último de aumentar la rentabilidad de los hemocultivos extraídos en el SU.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

O-158

VIOLENCIA DE GÉNERO: UNA ASIGNATURA PENDIENTE

M Sainz de Andueza (1), A Cabezón Crespo (1), L Alegre Ramos (2), V Ruiz Abad (3), MC Fernández Alonso (4), S.Herrero Velázquez (5), J Cordero Guevara (6)

(1) Hospital Universitario de Burgos, (2) C.S. Las Torres, (3) C.S. José Luis Santamaría, (4) Gerencia Regional Salud Valladolid, (5) Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid (6) Gerencia Atención Primaria Burgos

Palabras Clave: intimate partner violence, emergency department, screening

Objetivos:

La magnitud de la violencia de género (VG), en términos de prevalencia y gravedad, fue reconocida por Naciones Unidas y Organización Mundial de la Salud hace ya décadas, como problema de Salud Pública de primer orden. La práctica clínica es oportunidad privilegiada para hacerla visible: las víctimas presentan mayor frecuentación de servicios sanitarios.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo transversal y multicéntrico. Población: mujeres ≥ 14 años con anamnesis realizada sobre despistaje de VG en los Equipos de Atención Primaria de Burgos. Muestreo aleatorio por etapas, estratificado por porcentaje cribado. Muestra: 501 mujeres. Woman Abuse Screening Tool (BROWN JB, 1996) como herramienta de cribado Gold Standard, comparado con entrevista dirigida disponible en cartera de servicios de nuestra Comunidad. Tamaño muestral 501 mujeres. Se obtiene la información revisando la entrevista dirigida en cartera de servicios de Medora, mediante cuestionario WAST y entrevista personal.

Resultados:

A partir del cuestionario Gold Standard, 23,5% mujeres ha estado expuesta en algún momento de su vida a VG. Frente a este resultado, en cartera de servicios Atención Primaria, sólo el 1,5% de la muestra está registrado como casos positivos VG. Las víctimas de violencia de género ($n=82$), han demandado en último año Atención en Servicios de Urgencias: -91,5% 0-6 veces -7,3% 6-12 veces -1,2% >12 veces. Un 7,3% de víctimas refiere haber precisado atención urgente como consecuencia directa del mismo. Entre las causas de Incapacidades temporales de las víctimas, patologías como fractura huesos propios, muñeca, metatarsiano, sección tendón mano, traumatismo craneoencefálico, contusión dorso-lumbar, e incluso lumbalgia y dorsalgia, muy probablemente haya precisado también asistencia urgente. En el análisis de qué profesionales sanitarios realizan de forma habitual el cribado, ninguna víctima refiere haber sido interrogada en Urgencias.

Conclusiones:

La falta de sensibilización y formación de profesionales, carencia de habilidades en manejo, prejuicios, inseguridad y desconocimiento de recursos, pueden justificar el deficiente abordaje de esta materia. Es posible que se detecten casos pero no se registren por temor a asumir obligaciones de actuación y seguimiento, clínicas y legales. La limitación en tiempo de atención, ambiente de tranquilidad, respeto y tolerancia necesarios, no siempre son viables en nuestra labor asistencial. No identificamos buenas prácticas, siendo necesarios procedimientos de intervención eficaces y nuevas propuestas de actuación.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

O-159

PATOLOGÍA AÓRTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ALMANSA EN EL AÑO 2015

E Gómez Cuenca, J Monedero La Orden, I Ponce García, M Martínez Ramírez, C Alfaro Gómez, A Ramírez Carralón (2), M Medina Pardo (2)

Hospital General de Almansa. Albacete

Palabras Clave: disección de aorta, aneurisma de aorta, pseudoaneurisma

Objetivos:

El síndrome aórtico agudo es una emergencia médica que se asocia a una elevada mortalidad, sin embargo el diagnóstico precoz sigue representando un gran desafío, por lo que se revisa la experiencia de un servicio de urgencias en la identificación de pacientes con alto riesgo y en el diagnóstico de esta entidad.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional tipo transversal de pacientes diagnosticados de patología aórtica en el servicio de urgencias del Hospital General de Almansa durante el año natural 2015. Se registró el diagnóstico de aneurisma y/o disección.

Resultados:

Durante el año 2015 se diagnosticó a 7 pacientes de aneurisma de aorta y 1 de disección aórtica, 6 de ellos eran hombres (75%), con una edad media de 77,8 años (Desviación estándar=11,74). El motivo de consulta fue dolor abdominal en 3 pacientes (37,5%), dolor lumbar en 2 pacientes (25%), dolor torácico, isquemia aguda y edema en miembro inferior en un paciente respectivamente (12,5%). 2 casos (25%) asociaban síncope al motivo de consulta, un paciente (12,5%) presentaba inestabilidad hemodinámica a su llegada a urgencias y cifras elevadas de presión arterial en 2 de ellos (25%). Se evidenció en la exploración física una masa pulsátil en 2 pacientes (25%) y déficit en los pulsos en 5 pacientes (62,5%). Como antecedentes personales, 5 pacientes (62,5%) estaban diagnosticados de aterosclerosis, 5 (62,5%) de hipertensión, 3 (37,5%) tabaquismo y uno (12,5%) presentaba antecedentes de cirugía cardíaca valvular aórtica. En 7 sujetos (87,5%) el diagnóstico se realizó por TAC y en uno (12,5%) con ecografía. En 2 pacientes (25%) constituyó un hallazgo incidental. La rotura del aneurisma de aorta abdominal se observó en 3 pacientes (37,5%), aneurisma de aorta abdominal no complicado en dos pacientes (25%), aneurisma trombosado con embolización distal en un paciente (12,5%), disección aórtica aguda tipo A y pseudoaneurisma de arteria poplítea en un paciente respectivamente (12,5%).

Conclusiones:

Por la gran variabilidad de la presentación clínica es fundamental mantener un elevado índice de sospecha, además de la rápida realización de pruebas de imagen como la TAC, serían la principal estrategia para facilitar el diagnóstico.

O-160

SIMULACIÓN CLÍNICA EN ENTRENAMIENTO MULTIDISCIPLINAR EN EL ÁREA DE URGENCIAS

H Alonso Valle, M Andrés Gómez, B Arroyo Toca, N Doriozola Romillo, E Recio Pila, E Muñoz Remón, E Rojo Santos

Servicio de Urgencias. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras Clave: urgencias, simulación, multidisciplinar

Objetivos:

La simulación clínica se está incorporando en la formación continuada de los profesionales sanitarios, ya que permite el entrenamiento de equipos de alto rendimiento mediante casos clínicos.

Material o pacientes y método:

Para el diseño del programa se creó un equipo de trabajo multidisciplinar compuesto por médico de urgencias, tres Enfermeras, tres auxiliares y un instructor experto en la metodología docente mediante simulación clínica. El entrenamiento se realizó en el centro de simulación, recreando una sala de boxes, una de paciente crítico y una de observación, con los elementos básicos para ello. En cada caso clínico un equipo de 5 profesionales cuidaban de un paciente y tomaban decisiones clínicas en un ambiente similar al de su Unidad. Se emplearon maniqués de alta tecnología para simular a los pacientes. Tras cada escenario los participantes reflexionaron de manera estructurada acerca de la toma de decisiones y actuaciones realizadas. Cada sesión se evaluó mediante una encuesta con escala tipo Likert de 5 puntos que valoraba la satisfacción general, la adecuación de la simulación como metodología docente, la aportación de conocimientos, y la organización de la actividad.

Resultados:

Se programaron 11 ediciones, dirigidas a 40 profesionales del Área de urgencias: 12 FEA, 45 enfermeras, 35 auxiliares de enfermería. En cada sesión se entrenó un grupo multidisciplinar de 8 personas, durante 6 horas en 3 escenarios clínicos simulados, con cuadros de dolor torácico, disnea aguda y paciente politraumatizado, entrenándose además en habilidades de trabajo en equipo: liderazgo, distribución y priorización de tareas y comunicación eficaz. Sobre la evaluación de la actividad, el 93,3% estaban satisfechos o muy satisfechos con el entrenamiento, manifestando que lo recomendarían a otros compañeros. El 94,6% consideraron adecuada o muy adecuada la metodología docente para su formación continuada y el 84,9% manifestaron que la actividad les aportó nuevos conocimientos.

Conclusiones:

El diseño e implantación de formación basada en simulación clínica, requiere la implicación de un equipo multidisciplinar. Los profesionales consideraron muy útil el programa de entrenamiento para su desarrollo profesional.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

O-161

PATOLOGÍA AÓRTICA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ALMANSA EN EL AÑO 2015

I Ponce García, J Monedero La Orden, E Gómez Cuenca, M Martínez Ramírez, C Alfaro Gómez, A Ramírez Carralón, M Medina Pardo

Hospital General de Almansa. Albacete

Palabras Clave: aneurisma de aorta, disección de aorta, estudio observacional

Objetivos:

El índice global de mortalidad por aneurismas aórticos (AA) y disección aórtica (DA) es de 2,78/100.000 habitantes. Las DA tipo A tienen una mortalidad del 50% si no se opera en 48 h. No obstante, la cirugía reduce la mortalidad a un mes del 90 al 30%. Menos de la mitad de todos los pacientes con rotura contenida de AA llegan vivos al hospital, la mortalidad puede ser del 54% a las 6 h y del 76% a las 24 h del episodio inicial.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional tipo transversal de pacientes diagnosticados de patología aórtica en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Almansa (Albacete) durante el año natural 2015. Se registró el diagnóstico de aneurisma y/o disección. Se definió el intervalo entre síntomas-diagnóstico y diagnóstico-tratamiento en < ó ? a 24 horas.

Resultados:

Durante el año 2015 se diagnosticó a 7 pacientes de aneurisma de aorta y 1 de disección aórtica, 6 de ellos eran hombres (75%), con una edad media de 77,8 años (Desviación estándar = 11,74). La prevalencia de patología aórtica fue del 0.000319 (3.19 por cada 10.000 habitantes) El intervalo entre los síntomas y el diagnóstico fue < 24 h en la mitad de los casos. Recibieron tratamiento en las primeras 24h en el 50% de los pacientes, posteriormente, en el 12,5%. Se desestimó tratamiento quirúrgico/endovascular en el 25% de los casos y se realizó seguimiento en el 12,5%. La rotura del aneurisma de aorta abdominal se observó en 3 pacientes (37,5%), aneurisma de aorta abdominal no complicado en dos pacientes (25%), aneurisma trombosado con embolización distal en un paciente (12,5%), disección aórtica aguda tipo A y pseudoaneurisma de arteria poplítea en un paciente respectivamente (12,5%). La mortalidad en los pacientes diagnosticados de aneurisma de aorta abdominal roto fue del 75%.

Conclusiones:

El AAA es una patología con alta mortalidad, mayor del 50%, en nuestro estudio la mortalidad fue del 75%, probablemente en relación con el tiempo de traslado al hospital de referencia (distancia 77,2 km).

P-162

PREDICTORES ESTRUCTURALES DE LA GRAVEDAD DEL TRAUMATISMO EN LOS ACCIDENTADOS DE TRÁFICO

C Pueyo Enrique (1), PJ Satústegui Dordá (2), MP García Arias (3)

(1) Centro de Salud de Benabarre. Sector Barbastro. SALUD, (2) Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 Aragón. SALUD. Universidad de Zaragoza, (3) Servicio de Medicina Intensiva. HUMS. SALUD. Huesca

Palabras Clave: accidentes de tráfico, índices de gravedad del trauma, atención prehospitalaria

Objetivos:

Los accidentes de tráfico constituyen uno de los escenarios asistenciales más exigentes para los servicios de emergencias extrahospitalarias. Muy pocos trabajos estudian la asociación entre la gravedad del traumatismo de las víctimas y los componentes estructurales de los accidentes de tráfico descritos por William Haddon: el tipo de vía y el vehículo implicado.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional descriptivo. Se incluyeron todos los accidentados de tráfico atendidos por unidades de soporte vital avanzado del 061 ARAGÓN durante el año 2012. Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, gravedad del traumatismo (calculada mediante el Revised Trauma Score en su versión triaje), tipo de vía y tipo de vehículo. Se realizó un análisis univariante y bivariante, utilizando la prueba de Chi-cuadrado y el estudio de los residuos tipificados, estableciéndose el valor $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados:

La población de estudio estuvo compuesta por 921 víctimas de accidentes de tráfico. La mayoría fueron hombres (61,45%, IC 95% 58,31-64,60%), con una edad media de 39,7 años (IC 95%, 38,3-41,0). Los accidentados cuyo traumatismo se categorizó como severo fueron aquellos que circulaban por carreteras convencionales, autopistas y caminos agrícolas, y que viajaban en furgonetas, camiones y maquinarias agrícolas ($p < 0,001$).

Conclusiones:

Los componentes estructurales de los accidentes de tráfico descritos por Haddon, resultan valiosos elementos en el pronóstico de la gravedad del traumatismo de las víctimas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-163

UTILIDAD DEL CURSO TEÓRICO-PRÁCTICO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA Y AVANZADA PARA ALUMNOS DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID, DURANTE SU ROTACIÓN POR EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

J Rey García, N Cancelliere Fernández, S Fabra Cadenas, A Martínez Virto, M Quintana Díaz

Universidad Autónoma de Madrid. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Palabras Clave: reanimación cardiopulmonar, cursos de reanimación cardiopulmonar, formación práctica

Objetivos:

La formación en reanimación cardiopulmonar (RCP) es imprescindible durante la formación de los estudiantes de medicina. Está comprobado que el pronóstico de los pacientes empeora cuando la RCP se realiza de forma tardía y/o inadecuada y que la formación en RCP disminuye la mortalidad. Los cursos teórico-prácticos han demostrado ser el método más adecuado de enseñanza de la RCP, ya que permiten la adquisición de unos conocimientos teóricos y un adecuado aprendizaje práctico.

Material o pacientes y método:

Durante nueve meses del curso académico 2015-2016, a un total de 41 alumnos de tercero a sexto curso de medicina se les impartió un curso teórico-práctico sobre RCP básica y avanzada. La duración del curso fue de 21 horas, de las cuales 6 horas fueron teóricas y 15 prácticas. Se realizó una evaluación teórica inicial y final, así como una evaluación práctica.

Resultados:

Del total de alumnos que realizaron prácticas en el servicio de Urgencias, el 97,5% (n=41) realizaron el curso. El 68,85% de ellos pertenecían a sexto curso, 2,44% a quinto, y 14,63% a cuarto y tercer curso respectivamente. En la evaluación teórica: la media de la evaluación inicial (I) fue de 9,54/20 aciertos y la de la evaluación final (F) de 16,61/20, con una diferencia de 7,08 tras recibir el curso. La puntuación media de los alumnos según el curso académico fue: tercero [I=7,55, F=16,91, $\bar{x}$ =9,37], cuarto [I=8,96, F=15,34, $\bar{x}$ =6,38], quinto [I=17, F=19,00, $\bar{x}$ = 2,00] y sexto [I=9,97, F=16,83, $\bar{x}$ =6,86]. En la evaluación práctica, la media de errores cometidos fue de 1,38. Según el curso académico, la media de errores en la evaluación práctica fue de 1,33, 0,83, 0 y 1,56, respectivamente.

Conclusiones:

Los cursos de RCP son métodos docentes adecuados para la formación teórico-práctica de los alumnos de medicina sin importar el curso académico en el que se impartan. Los alumnos de tercer curso alcanzaron el mismo nivel de conocimiento que los de sexto, a pesar de que su nivel inicial fue inferior. El curso teórico-práctico de RCP impartido por el Servicio de Urgencias consigue mejorar significativamente los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas de los alumnos.

P-164

TIPOLOGÍA DE LAS INSTITUCIONES FORMADAS POR EL EQUIPO DE FORMACIÓN A LA CIUDADANÍA DE SAMUR PROTECCIÓN CIVIL

I Ilzarbe Ucelay (1), A Tapia Lobo (2), A Ramos Díaz (2), F Gayo Hernández (2), A Osorio Gozalo (2), ME Rodríguez Fernández de Sevil (2), M Marcos Alonso (2)

(1) Hospital Clínico San Carlos-SAMUR-PC, (2) SAMUR-PC. Madrid

Palabras Clave: formación, resucitación cardiopulmonar, salud

Objetivos:

Hoy en día, los ciudadanos van descubriendo el papel fundamental que desempeñan en la cadena de la supervivencia. Es por ello que cada vez hay una mayor demanda de formación y conocimientos para poder actuar correctamente ante una situación de emergencia. Estas formaciones han sido realizadas dentro de la Ciudad de Madrid por voluntarios del Equipo de Alertantes de SAMUR-Protección Civil especializados en impartir dichas clases, las cuales son adaptadas a los alumnos en función de su edad, actividad diaria, profesión, etc.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de la demanda de formación por parte de instituciones en los años 2011 a 2015 recogida en bases de datos al efecto. Variables: tipo de institución, número de formaciones de cada institución por años. Aplicación del programa SPSS Statistics 22 para el análisis de datos.

Resultados:

Tras analizar los resultados se observa que, con 4289 formaciones impartidas, el mayor colectivo formado ha sido en: IES (Instituto de Educación Secundaria) 42%, seguido de Colegios (32%), CEIP (Centro de Educación Infantil y Primaria) 17%, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad 6%, y por último el grupo Otros (escuelas infantiles, discapacitados y formación ocupacional) con un 3%. Las Asociaciones, fundaciones, sindicatos y embajadas en conjunto suponen un 9% del total al igual que las administraciones locales y estatales. Las empresas privadas son un 8% mientras que las demás formaciones han sido impartidas en educación especial, formación profesional y universitaria, ferias, centros de afluencia de público, centros residenciales y deportivos, comunidades de vecinos, parroquias y administraciones autonómicas constituyendo el 11% restante. También se puede observar el aumento del número de formaciones habiendo realizado 544 en 2011 e impartido 1.145 clases en 2015.

Conclusiones:

El mayor colectivo de instituciones que formamos al año son las dedicadas a la formación en un 53% seguidas de administraciones, locales y estatal, asociaciones, fundaciones, sindicatos y embajadas (9%).



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-165

EFICACIA Y SEGURIDAD DEL USO DE HIERRO INTRAVENOSO EN URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

C González Otero, D Núñez Hospital, M Lucas Ramos, E Jaloud Saavedra, R López González, A Álvarez Escamilla, C Marchante Tejada

Hospital Universitario de Valme. UGC Urgencias. Dos Hermanas, Sevilla

Palabras Clave: eficacia, hierro, hemoglobina

Objetivos:

En los últimos años la terapia con hierro intravenoso ha demostrado sus múltiples ventajas en los servicios de urgencias hospitalarios. Además, la anemia es un motivo de consulta muy frecuente en las urgencias de nuestros hospitales.

Material o pacientes y método:

Muestra de 44 pacientes (72% mujeres), con una media de edad de 52 años, a los que se le determinó anemia tributaria de uso de hemoderivados en urgencias. Posteriormente se les determinó hemoglobina, índice de saturación de transferrina y ferritina.

Resultados:

La recuperación clínica fue del 100% de los pacientes, y posteriormente la hemoglobina media fue $12.4\% \pm 2.5$, con índice Sat muy superior y ferritina media de 27.6 mr. La dosis media administrada según fórmula de Ganzoni fue de 1.000 mg. Sólo uno de los pacientes consultó en los tres meses siguientes por este mismo motivo.

Conclusiones:

La administración de hierro intravenoso es más eficaz que el hierro oral en la corrección de la anemia y la reposición de los depósitos de hierro, con una menor tasas de complicaciones y efectos adversos. Constituye una alternativa fácil, efectiva y segura, con una tasa de complicaciones inferior al 1% en nuestro servicio (dermatológica únicamente). Las alternativas farmacológicas pueden conseguir una reducción significativa de la demanda de transfusiones y contribuir a su uso mas racional, seguro y eficiente, con una menor estancia media y un menor coste sanitario. Resulta, por tanto, una medida coste-eficaz ya contrastada.

O-166

¿TIENEN CAPACIDAD LOS NIÑOS EN EDAD ESCOLAR PARA REALIZAR MASAJE CARDIACO DE CALIDAD?

N Arriero Fernández, M Gómez Planet, M Arquero Castillo, F Monforte Escobar, D Pasalodos Sanguino, O Álvarez Rubuelo, C Fernández Candelas

SAMUR PC. Madrid

Palabras Clave: educación primaria y secundaria, Educación en Salud, masaje cardiaco

Objetivos:

España no tiene implantada la enseñanza reglada en primeros auxilios en escolares. Conocer la edad a partir de la cual tienen capacidad de realizar compresiones torácicas de calidad sería importante para planificar estrategias de aprendizaje.

Material o pacientes y método:

Estudio de intervención. Ámbito: Colegio público. Inclusión: 1º Primaria-4º Secundaria. Intervención: 10 minutos de formación y posteriormente realización de un minuto de compresiones torácicas en maniquí QCPR para valorar la calidad. Variables: edad, sexo, IMC, frecuencia, profundidad y porcentaje de compresiones con reexpansión total. Resultado: masaje de calidad: alcanzar frecuencia, profundidad y reexpansión adecuadas (AHA 2015). Estadística: centrales y dispersión. Frecuencias absolutas y relativas. Contraste de hipótesis: chi cuadrado, t de Student, regresión lineal múltiple, $p < 0,05$

Resultados:

202 alumnos. 54,5%(110) varones. Mediana edad: 11 años (IQR: 8-13), edad y sexo ($p=0.215$). La media de IMC: 18.81 (DE: 3.27), IMC y sexo ($p=0.32$). La frecuencia adecuada 55.9%(113), la profundidad adecuada 16.3% (33) y reexpansión total 37.6% (76). El 11.9% (24) realizaron frecuencia y profundidad adecuadas y el 2.97% (6) alcanzó todos los índices de calidad. La edad se asocia a profundidad adecuada 13.55 vs 10.24 $p < 0.001$ y negativamente a la reexpansión 9.93 vs 11.29 $p=0.001$. El sexo no tiene asociación para ningún parámetro. El IMC se asocia positivamente a profundidad adecuada 21.46 vs 18.29 $p < 0.001$ y negativamente a la reexpansión 17.20 vs 19.78 $p < 0.001$. La profundidad media se asocia con la edad (R2 0.641), con el IMC (R2 0.392), y en la regresión lineal múltiple aumentan ambas variables hasta R2 0.707. En los gráficos de dispersión, ningún alumno con bajo peso o menor de 12 años es capaz de realizar compresiones torácicas de calidad.

Conclusiones:

A partir de los 12 años son capaces de realizar compresiones torácicas de calidad. Para alcanzar la profundidad adecuada además de la edad es importante el IMC. La reexpansión del tórax es la variable que más limita alcanzar el masaje de calidad probablemente debido a la escasa formación que se les ofreció. Estudios publicados sugieren edades menores pero fueron realizados con recomendaciones AHA 2005.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-167

FÚTBOL VS. SALUD

**F Santiago Cid, R Sánchez Bermejo, MA Díaz Chaves,
J Marín Martín, A Plaza Montoro, PF Alonso Sánchez**

Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina, Toledo

Palabras Clave: fútbol, salud, asistencia

Objetivos:

Como trabajadores del servicio de Urgencias, hemos venido observando que se producía un descenso en el número de pacientes que asistían al servicio de Urgencias del Hospital Nuestra Señora del Prado cuando coincidía con partidos de fútbol de interés general, por lo que queríamos mostrar si guardaba relación de causalidad.

Material o pacientes y método:

Para establecer una relación se realizó un estudio cuantitativo, analítico, transversal, retrospectivo apoyada en datos de asistencia al servicio del Urgencias en el año 2013 según los registros del servicio de urgencias con fechas en las que había partidos de los equipos con más seguidores en España según el INE, Real Madrid CF y FC Barcelona, bien de liga, bien de Champions League.

Resultados:

Comparando las fechas y las horas en las que hay fútbol y en las que no las hay, se observa un ligero descenso en el número de asistencias.

Conclusiones:

Tras la realización del estudio, se llegó a la conclusión, de que no se puede relacionar un descenso en el número de asistencias en Urgencias con los partidos de fútbol antes mencionados, ya que los resultados no son concluyentes puesto que no se objetiva diferencia significativas en cuanto a otros días.

O-168

EL USO DE LA RCP-CANCIÓN COMO MÉTODO DE REFUERZO PERIÓDICO EN LA FORMACIÓN EN RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) BÁSICO EN ESCOLARES ADOLESCENTES

**NB Canales de Andrade (1), FJ Fonseca del Pozo (2),
MM Andrade Barahona (3), A Valle Alonso (4),
LA Pérula de Torres (5), CE Hurtado García (6), E. Lopera Lopera (7)**

(1) Hospital Comarcal de La Selva/IAS (Girona), (2) DCCU SAS/IMIBIC. Córdoba, (3) Hospital Comarcal de La Selva/ICS. Girona, (4) Royal Bournemouth and Christchurch NHS Foundation Trust. United Kingdom, (5) IMIBIC/Hospital Reina Sofía/Universidad HOSTALRIC-Girona

Palabras Clave: RCP adolescentes, emergency first responders, formación RCP

Objetivos:

El European Resuscitation Council (ERC) y American Heart Association (AHA) consideran que se debe enfocar la formación en RCP a posibles testigos de paradas cardiorrespiratorias. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una de las poblaciones diana para la formación en RCP es la comunidad escolar, sin embargo, se ha demostrado que la pérdida de conocimientos es rápida, por lo que se recomienda un refuerzo de manera permanente, que por sus costos se vuelve una tarea de difícil cumplimiento.

Material o pacientes y método:

Se creó una canción basada en las recomendaciones de la ERC y AHA sobre RCP básico, cuyo acceso es gratuito. Se realizó un estudio analítico, longitudinal, prospectivo y experimental de tipo ensayo comunitario. Las intervenciones se realizaron en un área sanitaria con 608 estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) entre 12 y 14 años quienes recibieron un taller de RCP tradicional. Se seleccionó una muestra aleatoria de 35 estudiantes por grupo control e intervención. Pasados 8 meses a cada grupo se le impartió un refuerzo ya sea escuchando la canción o realizando el taller de RCP-tradicional. Se utilizó el check list de habilidades de RCP-básico de la AHA para la verificación de las habilidades adquiridas comparando los resultados entre ambos grupos. Se utilizó como análisis estadístico los test de Ji cuadrado, McNemar.

Resultados:

Hubieron diferencias significativas a favor de RCP canción en la activación del servicio de urgencias. No existieron diferencias significativas entre la RCP-canción y el RCP-tradicional en el resto de variables evaluadas excepto en la calidad de administración de insuflaciones, que fue positivo a favor del RCP-tradicional.

Conclusiones:

La RCP-canción es una herramienta útil en el refuerzo periódico de las habilidades en RCP para escolares adolescentes y puede ser una opción costo-efectiva para alternar con talleres de RCP tradicional.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

O-169

EVALUACIÓN DE RESIDENTES MEDIANTE UNA APLICACIÓN DE MÓVIL: EXPERIENCIA E-JAC

CA Guillén Astete, M Zamorano Serrano, C de La Casa Resino, N Díaz García, E Machín Muñoz, AF Braña Cardeñosa

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Palabras Clave: residentes, evaluación, aplicaciones móviles

Objetivos:

La evaluación de residentes en urgencias ha sido objeto de análisis en estudios previos. Dichos estudios han concluido la necesidad de contar con modelos de evaluación a lo largo del tiempo, realizados por gran parte del staff, documentables y analizables. Nuestro equipo ha desarrollado una aplicación electrónica para móviles que permite evaluar al residente cada vez que es supervisado por un facultativo. Ello permite que a lo largo del tiempo el residente sea evaluado periódicamente, por muchos evaluadores y que el registro de evaluaciones pueda documentarse para analizar la progresión.

Material o pacientes y método:

La aplicación consiste en un formulario desarrollado en la plataforma Google Form(R) que identifica a evaluado y evaluador así como la fecha del ejercicio de la supervisión y de la evaluación. El evaluador puntúa 4 dimensiones de competencias generales y 3 de actitudes (basadas en el formulario MEd CeX. Finalmente realiza una valoración global y puede realizar comentarios en texto libre. La cumplimentación del formulario toma alrededor de 2 minutos excluyendo el texto libre opcional. El acceso a la aplicación se puede hacer mediante plataformas Android o iOS.

Resultados:

En el último año, 36 médicos adjuntos realizaron 296 evaluaciones e-JAC a 43 residentes. La media de evaluaciones fue 8.1 (Rango 3-12). Se realizaron revisiones trimestrales que permitieron identificar residentes con puntuales deficiencias que fueron atendidas.

Conclusiones:

Nuestra herramienta no ha sido comparada con otros modelos de evaluación hasta el momento. En nuestra experiencia, sin embargo, destaca el número de evaluaciones existentes por residente que contrasta con experiencias previas en las que la evaluación se hacía de forma puntual al término del año académico. Mayores estudios deberán ser encaminados a realizar una validación de nuestra herramienta con respecto a otros modelos de evaluación.

P-170

MANEJO DE LAS PIELONEFRITIS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

L Gómez Ruiz, A Fernández Serna, S Neila Calvo

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras Clave: pielonefritis, síndrome miccional, infección urinaria

Objetivos:

La pielonefritis es una enfermedad muy prevalente, y en la Comunidad Autónoma de Cantabria es un motivo de consulta habitual en el Servicio de Urgencias.

Material o pacientes y método:

Se realizó un estudio retrospectivo mediante la revisión de las historias clínicas de todos los pacientes que fueron diagnosticados en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de pielonefritis, durante el año 2015. Se empleó el programa estadístico SPSS para el análisis de los datos.

Resultados:

Se diagnosticaron 120 pielonefritis durante el 2015, el 84.6% afectaron a mujeres. La edad media diagnóstica de la infección fue de 43.6 años. El 61.5% de todos los casos carecían de AP de interés, 17.3% tenía DM, 17.3% ITUs de repetición y un 9.6% litiasis. El 84.6% de los pacientes habían presentado o tenían fiebre en el momento del diagnóstico. Respecto a los métodos diagnósticos basados en la imagen, al 34.6% se les realizó radiografía de abdomen, un 52.9% ecografía urológica y 2.9% tomografía. A un 9.6% no se les realizó ninguna prueba diagnóstica. Se recogió urocultivo previo al inicio del tratamiento a un 96.2% de los pacientes, siendo *E.Coli* y *Enterococo faecalis* los microorganismos más frecuentes. El 70.2% de los pacientes fueron ingresados en distintos departamentos, sólo el 9.6% ingresaron en el Servicio de Urología y el 17.3% fueron dados de alta al domicilio.

Conclusiones:

El manejo de la pielonefritis en el Servicio de Urgencias de Valdecilla se realiza de una forma adecuada y eficaz por parte del personal asistencial, con un alto porcentaje en la recogida de urocultivos y un tratamiento empírico adecuado. Disponemos de diversos métodos diagnósticos aunque el diagnóstico clínico y la sospecha de la enfermedad es fundamental. Teniendo en cuenta que los microorganismos más frecuentes son *E. coli* y *E. faecalis*, y sabiendo que en nuestra Comunidad disponemos de tablas informativas con la sensibilidad antibiótica a los microorganismos más frecuentes, realizar un tratamiento empírico correcto es relativamente sencillo. Se trata de una patología cuyo manejo y seguimiento puede hacerse de forma ambulatoria, aunque la tendencia es realizar un ingreso corto y seguimiento hospitalario.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

O-171

UTILIDAD DE LOS CHECKLIST EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

H Bergaz Díez (1), R López Izquierdo (1), C del Pozo Vegas (2),
P Gutiérrez García (1), J Álvarez Manzanares (1), S Sanchez Ramón (1),
JR Oliva Ramos (1)

(1) Hospital Universitario Río Hortega, (2) Hospital Clínico
Universitario. Valladolid

Palabras Clave: CHECKLIST, dolor torácico, electrocardiograma

Objetivos:

El dolor torácico (DT), es uno de los motivos de consulta más frecuente en los servicio de urgencias hospitalarias (SUH). La realización de una correcta anamnesis y exploración física nos orientarán hacia la posible etiología, además en la actualidad se incluye dentro de los criterios de buena praxis la realización de un electrocardiograma (ECG) en todo paciente con dolor torácico, en menos de 10 minutos desde su llegada al (SUH)

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo. Ámbito: Urgencias Hospitalarias. Se analizaron dos grupos de pacientes: Grupo Checklist (GCL): pacientes con DT de cualquier origen en los que se realizó la atención siguiendo un listado de verificación a lo largo de 40 días. Grupo No Checklist (GNCL): pacientes con DT en los que se realizó la atención habitual sin seguir ningún listado de verificación durante 30 días. Criterios exclusión: <14 años, no historia digitalizada. Variables: Edad, Genero, Triage, realización ECG, Tiempo puerta-ECG (tPECG), tPECG: <10 min., dolor coronario vs no coronario. Comparación variables cuantitativas: t-studet, U Mann Whitney, cualitativas: Chi-cuadrado. $p < 0,05$. Software: SPSS20.0

Resultados:

Pacientes: $n=338$. GCL: 151 (44,7%), GNCL: 187 (55,3%). Edad Media (DS): 56,5 (17,9), Edad GCL: 56,1 (17,8), GNCL: 56,9 (18,1), $p > 0,05$. Sexo Mujer: 50,9%. GCL: 53,0% GNCL: 48,7%, $p > 0,05$. Triage: Nivel 1: GCL: %, GNCL: 1,7%, Nivel 2-3: GCL: 93,4%, GNCL: 79,1%, Nivel 4-5: GCL: 2,7%, GNCL: 18,0% $p < 0,05$. Coronarios: 76 (22,5%). GCL: 10,6%, GNCL: 32,1%, $p < 0,05$. Realización ECG: GCL: 100%, GNCL: 97,6% $p < 0,05$. Recogida tiempo puerta ECG: tPECG: GCL: 100%, GNCL: 74,3%, $p < 0,05$. tPECG mediana(rango): GCL: 0:11min.(0:00-0:50), GNCL: 0:25min.(0:00-3:35), $p < 0,05$. tPECG < 10 min.: GCL: 48,3%, GNCL: 20,6% $p < 0,001$ tPECG pacientes coronarios: GCL: 0:10(0:01-0:22), GNCL: 0:14(0:00-1:23) $p=0,082$. tPECG <10min pacientes coronarios: GCL: 56,2%, GNCL: 34,1% $p > 0,05$.

Conclusiones:

No existieron diferencias significativas entre grupos de edad y sexo. Sin embargo, sí existieron en cuanto al uso de los mismos en patología no coronaria. La recogida del tPECG se cumplía en todos los pacientes con checklist. En cuanto a los tiempos de demora en la realización del ECG, se observa globalmente que los tiempos son significativamente mejores entre el GCL. Entre la población coronaria no existen diferencias significativas pero si se observa una ligera mejoría en cuanto al cumplimiento de los estándares. Parece evidente que utilizar checklist de forma sistemática entre todos los pacientes con dolor torácico en los SUH mejorarían los tiempos de atención en estos pacientes.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

O-172

PSIQUIATRÍA DE EMERGENCIAS: INCIDENCIA Y TRATAMIENTO DE LA AGITACIÓN EN VALLADOLID (UME 1)

R Rodríguez Calzada (1), M Siesto Marcos (1), L Delgado Alonso (2), B Martín Pérez (3), C Escudero Cuadrillero (1), J Abia González (1), J Martínez Bausela (1)

(1) Gerencia de Emergencias Castilla y León. UME 1 Valladolid, (2) SVB Medicalizado. Medina de Rioseco, (3) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Palabras Clave: medicina de emergencias, agitación psicomotora, manejo de la enfermedad

Objetivos:

La agitación es una emergencia frecuente y compleja en su manejo extrahospitalario, requiere medidas adecuadas para preservar la seguridad de los pacientes, de los equipos de emergencias, aliviar el sufrimiento, y realizar el traslado a los servicios psiquiátricos de referencia, incluyendo el ingreso involuntario, si es necesario.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo de tipo observacional de las agitaciones atendidas y tratadas por la UME 1 de Valladolid en el año 2014. Para ello se recurrió a la base de datos, que almacena las historias clínicas de la Gerencia de Emergencias, seleccionando los pacientes agitados, independientemente de la codificación de la enfermedad, lo que supuso ver cada una de las historias.

Resultados:

Se recogen 121 pacientes de un área de influencia que cubre unos 170.000 habitantes (1,4/1.000 hab.), lo que supone un 4,8% del total de asistencias (2700). El 55% fueron hombres, 45% mujeres, la edad media fue de 45 años, el 60% se consideraron de causa psiquiátrica, 29% fue de causa mixta y 11% orgánico. Sin embargo, los hombres tenían una mayor frecuencia de orgánica (39%) en comparación con la agitación psiquiátrica (48%) que las mujeres (16% y 75%, respectivamente), y la mayoría de ellos estaban relacionados con el alcohol o el consumo de drogas. Entre los pacientes con agitación psiquiátrica o mixta 81% tenían antecedentes psiquiátricos y el tratamiento farmacológico más utilizado fue el midazolam intramuscular.

Conclusiones:

La agitación psicomotriz es una alteración conductual de alta prevalencia en los servicios de emergencias sanitarios (5-10% de las emergencias psiquiátricas). Es muy importante a la hora de tratar este problema de salud la existencia de unas pautas y entrenamiento que nos ayuden a realizar un tratamiento adecuado.

O-173

USO DE CHECKLIST EN LA VALORACIÓN INICIAL DE LOS PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO CORONARIO ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

H Bergaz Díez (1), C del Pozo Vegas (2), R López Izquierdo (1), M Villacorta Martín (1), P Gutiérrez García (1), MM García Alonso (1), A Delgado de Paz (1)

(1) Hospital Universitario Río Hortega, (2) Hospital Clínico Universitario. Valladolid

Palabras Clave: checklist, chest pain, troponin

Objetivos:

Dentro de los servicios de urgencias hospitalarias (SUH), los dolores torácicos tienen gran prevalencia, por lo que es importante diferenciar aquellos de origen coronario de los que no lo son, con el fin de una rápida instauración de tratamiento indicado y realización de pruebas complementarias.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo. Ámbito: Urgencias Hospitalarias. Se analizaron historias clínicas dos grupos: Grupo Checklist (GCL): pacientes acudieron al SUH DTC: 2/5/13-10/6/2013 realizándose checklist de actuaciones y Grupo No Checklist (GNCL): pacientes acudieron por DTC: 1/4/2015-30/4/2015 y no se realizó ninguna acción distinta a historia clínica habitual. Criterios exclusión: <14 años, No historia digitalizada. Variables: Edad, Género, Determinación enzimas cardíacas: primeras troponinas (TI), seriación, triseriación, Tratamiento con: AAS, Clopidogrel y HBPM, realización de ergometría. Comparación variables cuantitativas: t-student, U Mann Whitney, cualitativas: Chi-cuadrado. $p < 0,05$. Software: SPSS20.0

Resultados:

Casos atendidos por DTC: 76. Varón: 61,8%. Edad Media: 67,78 (12,7). Varón: 66,4(12,6), mujer: 70,0(12,7) $p > 0,05$. GCL: 16(21,1%), GNCL: 60(78,9%). Primeras (TI): GCL: 100%, GNCL: 98,3% $p > 0,05$, Seriación TI: GCL: 75,0%, GNCL: 79,3% $p > 0,05$. Triseriación: GCL TI: 18,8%, GNCL: 22,4% $p > 0,05$. Toma de: AAS: GCL: 62,5%, GNCL: 55,0% $p > 0,05$. Clopidogrel: GCL: 68,8%, GNCL: 64,4% $p > 0,05$. HBPM: GCL: 56,2%, GNCL: 62,7% $p > 0,05$. Ergometría: GCL: 68,8%, GNCL: 60,0% $p > 0,05$.

Conclusiones:

La edad media de estos pacientes es alta y predomina el género masculino. No observamos diferencias en el uso de pruebas complementarias iniciales como la determinación enzimática o más tardías como la realización de pruebas de esfuerzo entre los dos grupos. La doble antiagregación es mayor entre el GCL. Sin embargo, el uso de anticoagulantes es mejor en GNCL. Consideramos que el uso de CL ayudaría a mejorar la atención de estos pacientes en los SUH aunque habría que realizar más estudios para profundizar en el tema.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-174

NECESIDADES FORMATIVAS DE FUTUROS URGENCIÓLOGOS

MA Javierre Loris, C Garcés San José, A Herrer Castejón,
B Gros Bañeres, P Cuadra Giménez, A Cabistany Esque

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Palabras Clave: formación continua, urgencias, emergencias

Objetivos:

La falta de especialidad de medicina de urgencias y emergencias, condiciona que los futuros médicos de urgencias sean de diferentes especialidades con formación en ocasiones no dirigida específicamente a las competencias que precisa la asistencia al paciente urgente. La medicina de familia, es una de las especialidades que con mayor porcentaje es proveedora de futuros urgenciólogos.

Material o pacientes y método:

Envío por correo electrónico de formulario creado con Google drive a los residentes de tercer y cuarto año que ya tienen definida su afinidad o no por la medicina de urgencias.

Resultados:

40 encuestas. 6,3 % residentes de 2ª especialidad, 18,8 % habían trabajado antes de empezar la residencia en atención primaria. Las necesidades formativas detectadas en la encuesta fueron mayoritariamente áreas competenciales de la medicina de urgencias hospitalaria: manejo de vía aérea, ventilación mecánica no invasiva, abordaje de situaciones críticas, intoxicaciones, politraumatizado siendo minoritaria la petición de formación de materias relacionadas con la atención primaria, insulinización, insuficiencia renal y antibioterapia.

Conclusiones:

Hasta que llegue la especialidad de medicina de urgencias y emergencias, sería importante la formación complementaria en las áreas descritas dentro de las especialidades con posibilidad futura de trabajar en áreas de urgencias, fundamentalmente medicina familiar y comunitaria. Son los propios MIR los que demandan esta necesidad sobre todo en su último año de formación cerca de su nuevo futuro laboral como especialistas.

P-175

EXPERIENCIAS DE ENFERMERÍA EN INNOVACIÓN. EL DISPOSITIVO DE RETENCIÓN TORÁCICA

J Pérez Acebo (1), E Mora Mellado (1), S Rabadán Mezquita (1),
J Vilchez Cobos (1), I Lázaro Giménez (2), S Cazorla López (1),
T Hernández Nieto (1)

(1) Hospital Universitario Parc Taulí, (2) SEM/Falck VL. Badia del Vallés, Barcelona

Palabras Clave: arnés, tórax, innovación, dispositivo de retención torácica

Objetivos:

Múltiples estudios sobre contención mecánica en pacientes agitados hacen referencia a la peligrosidad de la contención/cinturón abdominal 1,2,3 pero a raíz de un problema de seguridad/eficacia detectado en la contención torácica de arnés-tórax, comenzamos un proceso I+D+i, que queremos compartir.

Material o pacientes y método:

1. Búsqueda online de alternativas al arnés-tórax (Segufix®). 2. Estudio descriptivo observacional en nuestras Urgencias. 3. Revisión bibliográfica en (Cochrane®, PubMed® y Medline Plus®), Protocolos. 4. Inventar un nuevo dispositivo de retención torácica. Sesiones de Creatividad (DAFO, Brainstorming, Debriefing, efecto EUREKA...). 5. Pruebas de concepto. CEMBS (Centro de Educación Médica Basada en la Simulación). 6. Web Oficina Española de Patentes y Marcas (OEPM).

Resultados:

1. Tres modelos uso hospitalario (Virmed®, Net bed, chaleco torácico) y dos extrahospitalario (Salvafix Transfer®, Spider-Gear® (tipo araña/pulpo). 2. Conclusión: la contención torácica de arnés-tórax no es segura y es poco eficaz a su propósito. 3. Los estudios consultados no avalan/desaconsejan éste elemento de contención torácica. 4. Invención del nuevo dispositivo de retención torácica. 5. Proceso de patentado por el Instituto de Innovación Parc Taulí (I3PT).

Conclusiones:

Las alternativas a la contención de arnés-tórax son similares. No hemos encontrado bibliografía indexada en lo referido a la seguridad/eficacia del arnés-tórax ni referencias explícitas en protocolos/guías hospitalarias consultadas. Oportunidad de Innovación Enfermera.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-176

EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD DEL EQUIPO DE FORMACIÓN A LA CIUDADANÍA DE SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL EN EL PERIODO 2011-2015

A Tapia Lobo, A Osorio Gozalo, JD Pasalodos Sanguino, AM Molina García, P Granero Álvarez, JJ Jiménez Gómez, M Marcos Alonso

SAMUR-PC Rivas-Vaciamadrid. Madrid

Palabras Clave: protección civil, formación, primeros auxilios

Objetivos:

SAMUR-PC lleva desde el año 2006, formando a la ciudadanía mediante los programas Alertante y Primer Respondiente, con el principal objetivo de capacitar a la ciudadanía de la Ciudad de Madrid en la detección de la parada cardiorrespiratoria, alerta precoz al 112 e, inicio o no de maniobras de Reanimación Cardiopulmonar según el perfil del alumno. Dichos programas, están divididos en diferentes actividades formativas adaptadas a la tipología del alumno, desde los primeros ciclos de educación básica, hasta diferentes grupos de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado. Desde 2012 se han incorporado nuevas herramientas de gestión y organización: solicitud on-line por parte de las instituciones, las redes sociales, el Responsable Alertante de Distrito (RAD), etc. que han podido intervenir en la evolución de la actividad.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de los datos de la actividad formativa desarrollada en el área de Formación a la Ciudadanía recogida en la aplicación Oracle Formacionvol, dichos datos son de dominio público en la página web del Ayuntamiento de Madrid).

Resultados:

Los datos totales entre 2011 a 2015: 1) Alumnos Alertantes (AA): 39021 alumnos con esta distribución temporal: [42,49%-2011, 54,13%-2012, 198,7%-2013, 185,59%-2014, 160,14%-2015]. 2) Alumnos Primer Respondiente (APR): 10950 alumnos con la evolución: 76,2%-2011, 51,08%-2012, 57,02%-2013, 100,5%-2014, 82,5%-2015]. Datos totales (sumatorio de AA+APR) entre 2011-2015: con incremento del número de alumnos: 147%. (AA: incremento de 242,29%, y APR: incremento de 24,29%). Personas formadas en este último año (2015): 49971 personas.

Conclusiones:

La inclusión de nuevas herramientas de gestión y organización como: planes divulgativos (RAD/Alertante de Distrito, 11/2012), redes sociales (09/2013), la solicitud online de la formación son determinantes para el aumento de alumnos totales. El aumento de los AA, parte importante de este aumento total de alumnos, se debe, fundamentalmente a la figura RAD, que tiene entre sus funciones el divulgar la actividad a las instituciones de cada distrito.

P-177

FORMACIÓN EN ATENCIÓN AL POLITRAUMATIZADO EN RESIDENTES DE LOS ÚLTIMOS AÑOS DE ESPECIALIDAD

MA Javierre Loris (1), C Garcés San José (1), A Requena López (2), L Jiménez Ausejo (2), A Herrer Castejón (1), A Díaz de Tuesta Chow-Quan (1), B Gros Bañeres (1)

(1) Hospital Universitario Miguel Servet, (2) O61 Aragón. Zaragoza

Palabras Clave: formación continua, urgencias, politraumatizado

Objetivos:

La falta de especialidad de medicina de urgencias y emergencias, condiciona que los futuros médicos de urgencias sean de diferentes especialidades con formación en ocasiones no dirigida específicamente a las competencias que precisa la asistencia al paciente urgente. La medicina de familia y la medicina interna son las especialidades que con mayor porcentaje es proveedora de futuros urgenciólogos. Dentro de la patología atendida en urgencias hospitalarias, el manejo del paciente politraumatizado es uno de los que mayor formación y experiencia precisa.

Material o pacientes y método:

Envío por correo electrónico de formulario creado con Google drive a los residentes de tercer y cuarto año de medicina familiar y comunitaria. Dentro de la encuesta hay inicialmente una detección de necesidades formativas globales (objeto de otra comunicación) y una segunda parte específica en relación con los conocimientos adquiridos en relación al manejo de este tipo de pacientes.

Resultados:

40 encuestas. 6,3 % residentes de 2ª especialidad, 18,8 % habían trabajado antes de empezar la residencia en atención primaria. 87% no formación en atención al trauma, solo 12% conocen la asistencia inicial por prioridades, 50% aciertan con los parámetros de control hemodinámico, 90% aciertan con el tratamiento de un shock hemorrágico, 100 % aciertan con la evaluación neurológica inicial, el 68% administras oxigenoterapia inicial. El 93% querrían recibir formación reglada sobre atención inicial al paciente politraumatizado.

Conclusiones:

Hasta que llegue la especialidad de medicina de urgencias y emergencias, sería importante la formación complementaria en atención al paciente politraumatizado dentro de los planes formativos de especialidades con futuro ámbito laboral relacionado con la urgencia. Incluso los profesionales que se dediquen a la atención primaria en áreas rurales precisan este tipo de formación porque pueden ser los primeros intervinientes en estas situaciones críticas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-178

CÁPSULAS DE FORMACIÓN EN URGENCIAS MEDIANTE QR CODE

F Estévez González, T Rodríguez Cuadros

Centro de Salud de Berja. Roquetas de Mar, Almería

Palabras Clave: formación, urgencias, QR code

Objetivos:

En el Servicio Andaluz de Salud los dispositivos de cuidados críticos y urgencias (DCCUs) proporcionan atención continuada en casos de urgencia y emergencias. En ocasiones existen necesidades formativas entre los profesionales veteranos y de nueva incorporación al centro con respecto a la distribución de materiales, así como su uso y funcionalidad. Nos planteamos abordar este problema mediante un sistema innovador de formación empleando las nuevas tecnologías.

Material o pacientes y método:

Los recursos tecnológicos empleados han sido: Creación de una cuenta en Youtube. Grabación de vídeos con iPhone 5. Selección de vídeos de diversos fabricantes. Banda ancha de datos para subir los vídeos a Youtube. Generador de QR codes (www.qrcode.es/es/generador-qr-code/). Ordenador e impresora para imprimir los QR codes. Se elaboró un video inicial en el que se explica como usar los dispositivos móviles para leer QR codes y como identificar sus localizaciones. Sólo los profesionales podrán acceder a los vídeos.

Resultados:

Tras la idea inicial se ha creado un canal de Youtube (DCCU Berja) donde se han subido vídeos de corta duración en los que los profesionales de medicina y enfermería del DCCU exponen la distribución de los espacios, como realizar las intervenciones más frecuentes, manejo de materiales y aparataje, así como enlaces a vídeos de los fabricantes sobre diferentes dispositivos para emergencias, como el sistema de punción intraósea o el igel. Los profesionales sólo tienen que instalar en su smartphone un lector QR code y usarlo con los códigos distribuidos por la zona de trabajo de urgencias. En un vídeo de pocos minutos de duración un profesional explica y ejecuta una intervención concreta, como hacer un electrocardiograma con el aparato disponible en la unidad, administrar unos aerosoles o la distribución de los maletines de urgencias. Esta iniciativa ha provocado gran interés, tanto a los profesionales de nueva incorporación (plan de acogida) como a los que ya trabajaban en el centro, valorándola de forma positiva y haciendo diferentes aportaciones.

Conclusiones:

El sistema de cápsulas formativas mediante QR code es un método innovador de formación *in situ* en el lugar de trabajo, ofreciendo gran cantidad de información en poco tiempo.

P-179

¿SON LOS RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMILIA NUESTROS RESIDENTES DE URGENCIAS?

S Aznar Cantín, V Heras Fernández, Y Béjar Álvarez, W Humaid, C Briega Iglesias, A Matín-Sonseca Rodríguez, M López López

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid

Palabras Clave: training programs, emergency medicine, family practice

Objetivos:

Ante la ausencia de la especialidad en Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE), nuestros Servicios de Urgencias, hospitalarios y extrahospitalarios, se nutren muchos de ellos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC).

Material o pacientes y método:

Para abordar con datos objetivos estas cuestiones, realizamos una encuesta anónima online, mediante un formulario Google, a dos grupos: en primer lugar a los residentes que finalizaron Medicina de Familia en nuestro hospital en los últimos cinco años (2011-2015), y en segundo lugar, a los actuales residentes de MFyC. Al primer grupo se le preguntó sobre el lugar dónde más tiempo habían trabajado y dónde trabajaban en la actualidad, otras cuestiones se referían al tipo de contrato, y a la percepción sobre la formación recibida. Al segundo grupo, se le preguntó sobre sus deseos profesionales futuros y también sobre la percepción que tienen sobre su formación para ello.

Resultados:

Del primer grupo se obtuvieron un total de 34 respuestas (tasa de respuesta: 57,7%). Su distribución laboral en el momento de realizar la encuesta revela que el 52,9% trabaja en Urgencias (35,3% en hospitalaria y 17,6% en extrahospitalaria) y el 50% trabajan en Atención Primaria. Estos porcentajes son posibles porque un 16,2% reconoce compatibilizar la Atención Primaria y la realización de guardias de Urgencias. Entre los que trabajan en Urgencias, el 86,9% consideran su formación en este ámbito buena o excelente. En el grupo de residentes actuales contestaron la encuesta el 78% de ellos. Preguntados sobre si les gustaría trabajar en Urgencias al finalizar el periodo MIR, el 54,2% contestan afirmativamente y el 64,4% considera que su formación para ello es buena o excelente.

Conclusiones:

A más de la mitad de nuestros residentes de MFyC les gustaría trabajar en Urgencias y más de la mitad de los residentes que finalizaron en los últimos 5 años trabaja en Urgencias en la actualidad. Es por tanto un deseo y una realidad que la MUE es una alternativa laboral para el residente de MFyC.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-180

EVOLUCIÓN DE LA RESISTENCIA A LAS QUINOLONAS EN LAS CEPAS DE *ESCHERICHIA COLI* PRODUCTORAS DE BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO AISLADAS EN LOS UROCULTIVOS

A de Giorgi, M Olsina Tebas, A Morales Proaño, M Valbuena Parra, D Flores Ambrosio, C Fernández Martínez, M.Comas Torres

Hospital General de Catalunya. Martorell, Barcelona

Palabras Clave: BLEE, quinolona, *E. coli*

Objetivos:

La prevalencia de las cepas de *Escherichia coli* productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) aparece en constante aumento en todo el mundo. A la vez, estas cepas son resistentes en la mayoría de los casos a las quinolonas, representando un problema creciente para el tratamiento antibiótico, entre otras, de las infecciones urinarias.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de todos los urocultivos realizados por el Laboratorio de nuestro Hospital en 2010 y en 2015 (2958 y 3067, respectivamente), comparando la prevalencia de *Escherichia coli* BLEE y su perfil de resistencia a ciprofloxacino y ácido nalidíxico en dichos años.

Resultados:

Escherichia coli causó respectivamente el 72,4% y el 71,2% de las infecciones urinarias en 2010 y en 2015. La prevalencia de *Escherichia coli* BLEE en los urocultivos pasó del 1,6 al 2,9% en 5 años, la resistencia de estas cepas al ciprofloxacino pasó del 73,4 al 77,8%, la resistencia al ácido nalidíxico pasó del 81,9 al 83,3%.

Conclusiones:

En nuestro entorno la prevalencia de *Escherichia coli* BLEE se ha casi doblado en los últimos 5 años, quedando por debajo de la media española, pero siendo sensiblemente más alta que la media catalana. La resistencia a las quinolonas, ya alta en 2010, ha aumentado significativamente en 5 años, en particular, la resistencia al ciprofloxacino es más alta que la media nacional, mientras la resistencia al ácido nalidíxico ligeramente más baja.

P-181

ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS EN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y LA PRÁCTICA CLÍNICA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

J Chehayeb Morán (1), JV Esteban Velasco (1), C del Pozo Vegas (1), T Villén Villegas (2), M Celorrio San Miguel (1), A Hambardzumyan (1)

(1) Hospital Clínico Universitario de Valladolid, (2) Hospital Ramón y Cajal. Madrid

Palabras Clave: trombosis venosa, diagnóstico, guías de práctica médica

Objetivos:

La sospecha de trombosis venosa profunda (TVP) es un motivo de consulta frecuente en los Servicios de Urgencias. Un diagnóstico preciso es necesario dadas las implicaciones asociadas a la enfermedad y sus tratamientos. Las guías actuales recomiendan la integración de la sospecha clínica junto con escalas de probabilidad clínica y pruebas complementarias en algoritmos diagnósticos, permitiendo así, la optimización de los recursos sanitarios.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo transversal multicéntrico utilizando encuesta anónima sobre el proceso diagnóstico de la TVP en la práctica clínica habitual, rellenadas por médicos de Servicios de Urgencias Hospitalarias que participaron en jornadas de diagnóstico de enfermedad tromboembólica venosa. N=96

Resultados:

El 76% de los médicos encuestados afirma emplear en sus algoritmos diagnósticos la sospecha clínica, escalas de probabilidad, pruebas de laboratorio y de imagen. El 16% de los encuestados no emplea las escalas de probabilidad clínica en su práctica clínica habitual. El 84% conoce la escala de Wells para el diagnóstico de TVP. Los ítems más recordados de la escala de Wells son: cáncer activo (92%), parálisis, paresia o inmovilización (87%) y cirugía mayor reciente (81%). Los menos mencionados fueron: circulación colateral no varicosa (21%) y diagnóstico alternativo igual o más probable (35%). Un 23% de los médicos afirmó que usa de manera habitual la ecografía en el diagnóstico de TVP.

Conclusiones:

Las estrategias diagnósticas que integran escalas de probabilidad clínica en el diagnóstico de TVP son bien conocidas por los médicos de Urgencias. Llama la atención que los ítems mejor recordados están más en relación con la anamnesis que con la exploración física. La ecografía en el proceso diagnóstico de TVP en Urgencias está en auge. La protocolización del proceso en los Servicios de Urgencias en función de sus recursos contribuye al empleo correcto de los algoritmos diagnósticos en TVP.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-182

IMPACTO DE LAS REDES SOCIALES EN LA EDUCACIÓN MÉDICA DE LA MEDICINA DE URGENCIAS

FG Capriles Selle

Hospital Universitario Sant Joan. Reus, Tarragona

Palabras Clave: medicina de emergencia, medios de comunicación sociales, educación

Objetivos:

En los años recientes a través de los medios de comunicación social se ofrece material formativo que permite una educación contextual y asíncrona complementaria a la educación tradicional. Existen muchos recursos de calidad disponibles y para conocerlos es necesario agruparlos. la comunidad FOAM (Free Open Access Meducation) ofrece una colección de recursos colaborativos, interactivos y abiertos desde el año 2012 y que incluye blogs, podcasts, tweets, Google hangouts, online videos, text documents, photographs, facebook groups, etc. de acceso abierto y global. My Emergency Medicine es una colección de recursos de Medicina de Emergencia en línea desde 2011 y que ha participado desde el inicio de esta filosofía.

Material o pacientes y método:

Revisión operativa y estadística utilizando las herramientas propias de cada medio del impacto en los medios sociales y la comunidad FOAM de My emergency Medicine a través de su Blog, Google+, Twitter y página de facebook

Resultados:

Blog My Emergency Medicine: 1.294 entradas, 282.354 visitas. Principales países: USA, España, Ucrania, Rusia, Israel, Francia, China, Alemania, México, Australia. Navegadores: Firefox 44%, Chrome 30%, Internet Explorer 19%. Sistema operativo: Windows 69%, Linux 13% Google+ My Emergency Medicine: 122.816 entradas, 96 seguidores. Twitter @MyEmergencyMed: tweets: 14.100, 718 seguidores, siguiendo 920, listado en las 1500 cuantas con mayor impacto del universo-Twitter de Medicina de Emergencia. Página Facebook My Emergency Medicine: alcance semanal promedio 100.

Conclusiones:

La Medicina de Emergencia dispone de muchos y buenos recursos de la red para complementar la educación médica. En ellos se presenta información muy reciente a veces controversial. El movimiento FOAM ha crecido sustancialmente. El blog My emergency Medicine tiene buena presencia y debe estar adecuado a los sistemas operativos Windows y Linux con las funcionalidades para operar con Firefox, Chrome y Explorer que son los que mas se utilizan. El Inglés y el Castellano son los idiomas mas utilizados. Twitter tiene mucho mas impacto de lo esperado.

P-183

CALIDAD DE LAS MANIOBRAS DE RCP: USO DE UN ASISTENTE INTERACTIVO EN SIMULACIONES AVANZADAS

S Mayol Barrera (1), J Berbel Castro (2)

(1) Hospital Universitari Mútua Terrassa, (2) Falk VL. Terrassa, Barcelona

Palabras Clave: RCP, calidad, simulación

Objetivos:

En muchas ocasiones las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) se realizan de forma subóptima debido a la infinidad de factores que intervienen en este proceso. Durante los últimos años se han desarrollado nuevos dispositivos y aplicaciones que optimizan este procedimiento.

Material o pacientes y método:

Estudio experimental, aleatorizado. Participaron 228 profesionales sanitarios, médicos y enfermeras, de diferentes centros sanitarios y formativos. Con estos profesionales se crearon grupos de 3 individuos realizándose un total de 76 simulaciones de RCP avanzada de 8 minutos de duración donde, de forma aleatoria, se usó o no el AI. Para estas simulaciones se usó el AI iRCP® y un maniquí Laerdal® SVA.

Resultados:

Se usó el AI en el 47% de las simulaciones, obteniendo del análisis de este grupo con el de no-AI que la frecuencia media de las compresiones fue 100,2 x min (DE=0,03) vs 123,8 x min (DE=21,2) p=0,000, frecuencia de compresiones entre 100-120 x min 88,9% vs 47,5% p=0,000, compresiones mínimamente ininterrumpidas 83,3% vs 60% p=0,025, valoración de causas reversibles 91,7% vs 45% p=0,000, cambio de reanimador cada 2 minutos 88,9% vs 50% p=0,000, profundidad de compresiones > 5 cm 77,8% vs 45% p=0,004, descompresiones correctas 86,1% vs 42,5% p=0,000, valoración de ritmo cada 2 minutos 94,4% vs 67,5% p=0,003 y liderazgo único 72,2% vs 60% p=0,262.

Conclusiones:

El uso del asistente interactivo no produce diferencias significativas en el caso del liderazgo único, pero sí se podría asociar con una mejora de la calidad de maniobras de RCP en simulaciones avanzadas. Sería necesario extender esta metodología en procesos formativos y analizar su repercusión en el aprendizaje del personal sanitario.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-184

GRADO DE SATISFACCIÓN DE LA ROTACIÓN POR UN SERVICIO DE URGENCIAS DE RESIDENTES DE PRIMER AÑO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

R Peinado Clemens (1), C García Cáceres (1), MA Ruiz Sanz (2), J Fernández Núñez (1)

(1) Hospital Infanta Cristina, (2) Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz

Palabras Clave: residentes, formación, urgencias

Objetivos:

Durante el curso 2015-2016 se instauró un protocolo en nuestro servicio de Urgencias para la rotación de los residentes del área médica especializada con la finalidad de controlar dicha formación. Rotaron por nuestro servicio 19 residentes de primer año a los que se les asignó un tutor dentro del staff del servicio y se les entregó un escrito con las normas del servicio y un programa con los temas más importantes a estudiar durante su mes de rotación. Dicha rotación incluía una semana de estancia en el área de observación y al menos 2 días en la consulta de triaje. Con todos ellos se hacía una pequeña sesión clínica al inicio de la jornada laboral donde se discutían las dudas que tuvieran del tema estudiado.

Material o pacientes y método:

Se les envió por correo electrónico al finalizar el mes una encuesta de satisfacción totalmente anónima (era recogida en sobre cerrado por la secretaría del servicio y fueron abiertas el mismo día) que tenía 7 preguntas cerradas con cuatro posibles respuestas que graduaban el grado de satisfacción en mucho, bastante, poco, nada. Había una octava en la que se pregunta si recomendarían la rotación a sus compañeros con dos respuestas: Si/no. Finalmente se hacía una pregunta abierta: ¿Cuáles son tus sugerencias de mejora?

Resultados:

De las 19 enviadas respondieron 16. Los resultados muestran un alto grado de satisfacción general y con los tutores en particular. Entre las sugerencias más frecuentes se encontraba el aumentar el tiempo de rotación, la posibilidad de ampliar su pase por triaje y el aumentar el grado de autonomía en las consultas. Todos estaban de acuerdo en adelantar lo antes posible la rotación para poder así adquirir las habilidades necesarias para su manejo en las guardias.

Conclusiones:

Cuando se instaura un protocolo de formación de residentes, el grado de satisfacción es alto. Debemos tomar nota de las sugerencias de mejora con vistas a próximos cursos.

P-185

CONCORDANCIA/DISCREPANCIA INTER-EVALUADORES DE ACTIVIDADES DOCENTES DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS PARA ACREDITACIÓN EN LA REGIÓN DE MURCIA

J Abrisqueta García, J Tornel Miñarro, JJ Rodríguez Mondéjar, M Pardo Ríos, DJ Montes Díaz, R Zoyo López-Navarro

Gerencia Emergencias 061. Murcia

Palabras Clave: acreditación, docencia, urgencias

Objetivos:

En 2008 se realizó en Murcia un curso de Evaluadores impartido por docentes del Sistema Nacional de Acreditación.

Material o pacientes y método:

Resultados de evaluaciones del componente cualitativo de cursos de urgencias y emergencias de 2009 a 2015: Fuente: Sistema informático SIAFOC. Ítems evaluados: objetivos, organización y logística, pertinencia, metodología docente y evaluación. Se valora de 0,0 a 0,4 por una escala de Likert (adjunto en póster). Cada actividad es evaluada por 3 evaluadores y solamente cuando la discrepancia es mayor a 0,4 se manda a un cuarto evaluador. Se evalúa la discrepancia entre ítems de las acciones de 3 evaluadores. Número de acciones evaluadas: 623. Se toma una muestra aleatoria de 214 acciones (Nivel confianza: 97 %. D (error máximo de estimación: 6,0 %). 2009: 30, 2010: 30, 2011: 29, 2012: 31, 2013: 28, 2014: 32 y 2015: 30 En febrero de 2012 se realizó una jornada de puesta en común de evaluadores con objeto de aumentar porcentaje de concordancia. Tenemos pues 2 fases en el estudio: de 2009 a 2011 (89) y de 2012 a 2015 (125).

Resultados:

Acciones en que ha sido necesario 4º evaluador: 23 (10,74 %). Antes de jornada puesta común: 15 (2009:4, 2010:5, 2011:6): 16,85%. Después jornada puesta común: 8 (2012:3, 2013:2, 2014:2, 2015:1): 6,4 %. Acciones (solamente de 3 evaluadores) en las que la diferencia entre alguno de los evaluadores ha sido de 0,3: 29 (15,18 %). Antes de jornada puesta común: 18 (2009:5, 2010:7, 2011:6): 24,3 %. Después de jornada puesta común: 11 (2012:4, 2013:3, 2014:3, 2015:1): 9,4%. Concordancia por ítems. Los más concordantes han sido, objetivos y evaluación con el 100 %. El resto son más variables. Se acompaña tabla en póster.

Conclusiones:

La concordancia inter-evaluadores ha mejorado tanto en la necesidad de un 4º evaluador como entre los que han necesitado 3 evaluadores desde la jornada de puesta en común. Indica la conveniencia de dichas jornadas de forma periódica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-186

PARTICIPACIÓN DE LA CIUDADANÍA EN EL III DÍA EUROPEO DE CONCIENCIACIÓN SOBRE EL PARO CARDÍACO (2015) ORGANIZADO POR SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL

JD Pasalodos Sanguino, V Fernández de Córdo González, F Monforte Escobar, E García Hernanz, A Tapia Lobo, A Osorio Gozalo, M Marcos Alonso

SAMUR-PC. Madrid

Palabras Clave: formación, protección civil, primeros auxilios

Objetivos:

El Parlamento Europeo en su declaración P7_TA/(2012)0266 del 14/06/2012, instó a los estados miembros a concienciar y educar al público en general, en RCP. La Comisión de Sanidad del Parlamento Europeo, decidió instaurar el día 16 de octubre como día Europeo de Concienciación del Paro Cardíaco bajo el eslogan 'EUROPEAN RESTART A HEART DAY', por ello diferentes sociedades médicas y servicios de emergencias europeos realizan eventos, cuyo objetivo es el de concienciar sobre la formación en resucitación cardiaca. Desde el 2013, el Ayuntamiento de Madrid y SAMUR-Protección Civil organizan diferentes actos de concienciación sobre paro cardíaco por todos los distritos de la ciudad de Madrid.

Material o pacientes y método:

Estudio transversal analítico sobre el número de participantes en los actos del Día Europeo 2015 con recogida de datos a tiempo real. Variables del estudio: N° ciudadanos concienciados por hora, n° de asistentes concertados/libres, distribución por distritos, franja horaria de participación. Recogida de datos en aplicación Oracle formacion-vol y Excel.

Resultados:

El número total de ciudadanos concienciados en ese día (Detección de la parada cardiorrespiratoria, alertar al 112 e iniciar RCP sólo con compresiones torácicas) fue de 18527, 14131 asistentes concertados (AC) y 4391 asistentes libres (AL). Los distritos con mayor participación total han sido el distrito de Vicálvaro (1599), San Blas (1587), En cuanto al número de AL destacó el distrito Centro (823) y Villa de Vallecas (642). En cuanto a AC los distritos que cuentan con mayor participación son los mismos que cuentan con mayor participación total. Entre las 17:00 h y las 19:00 h asistieron 2073 ciudadanos en AL, lo que supone el 47.21 % del total de AL totales.

Conclusiones:

El trabajo previo realizado en la planificación para la programación de AC constituyen un punto clave del éxito en el número de personas concienciadas. El formato AL a pie de calle constituye una estrategia de captación interesante para mejorar la accesibilidad al programa, incrementando así el número de ciudadanos concienciados.

P-187

DISEÑO DE UN CURSO DE INICIACIÓN A LAS URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

JM Salas Rodríguez, A Gómez Moraga, C Cánovas Martínez, A Tenza Lucas, JJ Gómez García, F Cabrera Miranda, J Cano Massa

Servicio de Urgencias Extrahospitalarias Archena. Murcia

Palabras Clave: formación, atención de urgencias prehospitalarias, ambulancia

Objetivos:

Por nuestro servicio de urgencias extrahospitalarias (SUE) rotaban anualmente médicos residentes de medicina de familia, estudiantes de enfermería y estudiantes para técnicos en emergencias sanitarias. Nos dimos cuenta que la mayoría desconocía por completo las particularidades del trabajo en un servicio de urgencias extrahospitalarias.

Material o pacientes y método:

Diseñamos una programa de formación que contaba con una parte teórica de introducción a las urgencias extrahospitalarias y cuatro talleres prácticos donde se enseñaba: reanimación cardiopulmonar instrumentalizada y uso del monitor Lifepack15, control de vía aérea, uso del kit de intraósea y cricotirotomía, y el manejo de los dispositivos de inmovilización y movilización en el paciente politraumatizado. En principio no contamos con ningún apoyo para la realización de este curso, todo el material (cabeza de intubación, maniquí para megacorde, kit de intraóseas y cricotiroidotomía, así como los dispositivos de inmovilización) lo conseguimos los docentes del curso, y durante 3 años dimos esta formación en nuestro tiempo libre.

Resultados:

El resultado del curso según la encuesta de satisfacción de los alumnos fue todo un éxito, tal fue así, que en el año 2015 la Unidad Docente de Medicina de Familia de Murcia junto con la de Enfermería Comunitaria nos propusieron dar el curso a todos los residentes de Murcia, y en esta ocasión contamos con el incondicional apoyo de la dirección de formación del O61. A la finalización del mismo, recibimos un informe de la unidad docente donde destacó el alto grado de satisfacción de los residentes en comparación con otros cursos, proponiéndonos la continuidad de la formación para años sucesivos.

Conclusiones:

A la vista de los resultados, animamos a los compañeros a emprender iniciativas similares de formación, que son necesarias para la visibilidad de nuestro trabajo en urgencias extrahospitalarias, siendo importante que las unidades docentes y gerencias de emergencias apoyen e incentiven estas experiencias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-188

UN MODELO NUEVO, SENCILLO, ECONÓMICO Y REUTILIZABLE PARA EL APRENDIZAJE Y PRÁCTICA DE LA CANALIZACIÓN ECOGUIADA DE VÍAS CENTRALES

JV Sorribes del Castillo (1), V Fernández Gallego (2),
JA Sinisterra Aquilino (1)

(1) Samur. Servicio de Emergencias Sanitarias. Comunidad Valenciana, (2) SESCAM. Betera, Valencia

Palabras Clave: canalización venosa ecoguiada, simulación, bajo coste

Objetivos:

El acceso venoso central es una técnica esencial en la práctica de la medicina de urgencias y emergencias, y la utilidad de la ecografía de emergencia para guiar estos procedimientos ha sido ampliamente demostrada. Hemos desarrollado un modelo de tejido para la práctica y desarrollo de competencias en el acceso vascular por ecografía.

Material o pacientes y método:

El modelo de tejido consiste en una pieza de fiambre de york o jamón cocido, al cual se le realizan unos túneles (imitando vasos sanguíneos), en cuyos extremos se adhieren conectores de riego de 13/16 mm, una llave de tres vías y una bolsa de suero intravenoso (por ejemplo, Ringer lactato o suero salino), al que se puede añadir un colorante.

Resultados:

La imagen de ultrasonidos del túnel lleno de líquido simula un vaso sanguíneo. Es posible realizar la punción ecoguiada del túnel múltiples veces (> 20 veces) y aún así, por el sistema de gotero continuo conectado, mantener el vaso lleno de fluido y la integridad funcional.

Conclusiones:

Presentamos una alternativa barata y tiempo-efectiva utilizando un modelo de simulación de fiambre de york, jamón de york o cocido y elementos fácilmente conseguibles. Creemos que el modelo de jamón york se suma a la gama de modelos que se pueden utilizar para practicar el acceso vascular ecoguiado y, además, realizar éste de forma repetida. Los componentes necesarios para la fabricación de este modelo son asequibles y están fácilmente disponibles.

P-189

EXPERIENCIA DE FORMACIÓN ANTE UNA CRISIS EPILÉPTICA EN URGENCIAS, ¿PODEMOS HACER ALGO MÁS?

JM Salas Rodríguez, A Gómez Moraga, C Cánovas Martínez,
A Tenza Lucas, JJ Gómez García, F Cabrera Miranda, J Cano Massa

Servicio de Urgencias Extrahospitalarias Archena. Murcia

Palabras Clave: formación, crisis epiléptica, atención de urgencias prehospitalarias

Objetivos:

En nuestro servicio de urgencias extrahospitalarias (SUE) tuvimos un caso de un niño de 5 años con crisis convulsivas que tras la administración de diazepam 5 mg rectal sufrió una depresión respiratoria, terminando posteriormente intubado en un la UCI. Al alta recomendaron no usar diazepam rectal, indicando el uso de midazolam intranasal ante un nuevo episodio. Al ser un paciente residente en esta zona, pluripatológico con múltiples episodios similares previos, desde nuestro servicio organizamos una serie de acciones en materia de formación que merecen la pena destacar, para aprender así de la experiencia.

Material o pacientes y método:

Tras una reunión con los miembros del equipo realizamos las siguientes acciones: llevamos a cabo una revisión del protocolo de actuación ante una crisis epiléptica, lo redactamos y lo pusimos en común con todos los profesionales del servicio. Solicitamos los dispositivos de dispensación de medicación intranasal, que aunque a priori estaban fuera del petitorio de nuestra gerencia, los obtuvimos tras realizar otras gestiones con el servicio de urgencias de pediatría del hospital de referencia. Impartimos un taller específico de primeros auxilios a los profesores del colegio donde asiste el niño. Informamos al equipo de atención primaria del protocolo de actuación a seguir ante un nuevo episodio. Hicimos partícipe a la madre de todas nuestras acciones, manteniendo una estrecha comunicación, tranquilizándola y resolviendo todas las dudas que planteaba.

Resultados:

Todos los miembros del equipo conocen el protocolo de actuación ante un nuevo episodio. Disponemos de dispositivos de dispensación intranasal, dentro y fuera de la ambulancia. Los profesores nos han comunicado que ahora se sienten más seguros al conocer cómo deben actuar ante un episodio similar. Y la madre nos agradeció nuestro esfuerzo y compromiso por buscar la mejor atención posible para su hijo.

Conclusiones:

Aunque trabajamos en un servicio de urgencias y nuestra atención es un hecho puntual, siempre se pueden realizar acciones para mejorar nuestra asistencia dentro y fuera del servicio.





CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

P-190

CREACIÓN DE UNA UNIDAD MÓVIL DE EMERGENCIAS (UME) DOCENTE EN LA GERENCIA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS 061 DE LA REGIÓN DE MURCIA

J Abrisqueta García, R Zoyo López-Navarro, S Romero Soto, JA Díaz Hernández, E Sáez Valverde, F Celdrán Gil

Gerencia Emergencias 061. Murcia.

Palabras Clave: ambulancias, simulación, medicina de emergencias

Material o pacientes y método:

Ambulancia Mercedes habilitada como furgoneta de uso común sin exteriores de ambulancia. Material necesario para dotar el interior. Procedente del Almacén de Docencia. Maniquí megacode Kelly con SimPad. Permite simulación desde el lugar del evento hasta la ambulancia. Sistema de video-grabación en exterior e interior. Dos fases diferenciadas. Primera fase: tras tener conocimiento del vencimiento de la vida útil de algunas ambulancias del 061, se solicita al Gerente el traspaso de una a la Unidad de Formación para ser utilizada como vehículo docente. Solicitud formal en el mismo sentido a Dirección General de Patrimonio Región Murcia dependiente de Consejería Hacienda. A continuación y tras obtener el permiso, se lleva a Inspección Técnica de Vehículos (ITV) para convertirse en furgón normal, haciendo los cambios necesarios: Segunda fase (la más laboriosa): una vez disponible se pasa a la dotación del interior de forma que sea exactamente igual al de una ambulancia en activo. Se elabora el procedimiento de uso.

Resultados:

Disponible un vehículo de simulación clínica de urgencias y emergencias tipo UME cuyo interior es exactamente igual al usado en asistencia real. Permite la simulación de una asistencia completa desde el lugar donde se produce el evento hasta el hospital incluyendo transferencia: 1. SVA y asistencia al trauma grave ¿in situ?. 2. SVA de adulto, pediátrico y neonatal en el interior y durante el traslado. 3. Asistencia inicial al trauma grave en interior y traslado. 4. Transferencia hospitalaria. 5. Práctica de ejercicios de conducción, organización de la escena en accidentes, labores de mantenimiento del vehículo. 6. Uso en simulacros.

Conclusiones:

Objetivo es que la UME Docente contribuya a la mejora de la formación de los profesionales y por ende la calidad asistencial. El uso de una ambulancia docente es el método mas parecido a la realidad para la simulación de las situaciones de urgencia y emergencia porque se desarrolla en el mismo lugar del puesto de trabajo.

P-191

CURSO DE FORMACIÓN SOBRE VIRUS DEL ÉBOLA PUERTA DE URGENCIAS

N Rodríguez Tejada, A Rodríguez Trujillo, T Navarro Morales

Área Sanitaria de Osuna. Sevilla

Palabras Clave: Ébola virus, curso, formación

Objetivos:

La enfermedad provocada por el virus del Ébola es grave, a menudo mortal en el ser humano. Se propaga en las poblaciones por transmisión de una persona a otra por contacto directo con sangre, secreciones u otros líquidos corporales de personas infectadas, o mediante contacto indirecto con materiales contaminados por dichos líquidos. Tras la alarma social creada en España por los casos de virus del Ébola aparecidos en nuestro país, las distintas comunidades autónomas activaron el protocolo contra el Ébola, entre ellas el Servicio Andaluz de Salud. En el Área Sanitaria de Osuna se realizó curso formación sobre virus del Ébola para seguir un protocolo de actuación.

Material o pacientes y método:

Se diseñó un curso presencial (2015) acreditado por el Servicio Andaluz de Salud para los profesionales, con las siguientes características: (1) Formación de equipos de asistencia urgente a pacientes en investigación sobre virus del Ébola, 20 alumnos, duración 3 horas, (2) Áreas específicas puerta de urgencias, 4 ediciones de 3 horas cada una con un total de 41 alumnos. En cada curso de formación, parte teórica mediante vídeo tutorial y parte práctica colocación y retirada de los equipos de protección individual.

Resultados:

Se compararon los conocimientos previos al curso de los profesionales y los conocimientos tras la formación. Al finalizar el curso formación todos los profesionales habían adquirido los conocimientos necesarios sobre la enfermedad del virus del Ébola y aprendido el protocolo de actuación.

Conclusiones:

La formación de los profesionales para la preparación de una correcta actuación ante la presencia de un caso virus del Ébola fue de gran importancia. Aunque en nuestra Área Sanitaria de Osuna no tuvimos ningún caso, siempre se tiene que estar preparado para prevenir otros posibles contagios que en muchos casos puede ser mortal.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 3. EXPERIENCIAS EN FORMACIÓN, SIMULACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN

A-192

LA FORMACIÓN DEL MÉDICO RESIDENTE EN URGENCIAS

JC Núñez Cordón (1), J Ramos Herrera (1), J Núñez Giovanetti (2),
E Villalba Cantalejo (2), M Figueredo Moreira (2),
V Pinto Goncalves (2), F Jesús Vázquez (2)

(1) Hospital SAS Jerez, (2) AMI, Asistencia Medica Integral Xerez.
Jerez, Cádiz

Palabras Clave: tutor de urgencias, formación en urgencias,
médico residente en urgencias

Objetivos:

Ser Tutor para residentes de Urgencias o para médicos que se integran en una empresa privada que realiza servicios de Urgencias requieren un currículum de méritos del docente y que estén sujetos a la comisión de docencia y del la gerencia del hospital y requiere un proyecto o programa acorde que aseguren Docencia responsable. y en el que se deben aportar acciones que mejoren la relación del tutor y que faciliten la adquisición de una serie de conocimientos, habilidades y actitudes que le capaciten al Medico prestar con eficacia la asistencia a los pacientes a los que asiste

Material o pacientes y método:

La plaza para ser Tutor de Urgencias se realiza por concurso publico y se exige una seria de habilidades y aptitudes tanto académicas como docente y realizar un proyecto que es evaluado por un jurado. En dicho programa se incluye todo lo relativo a la formación que recibiría el medico residente a su paso por las urgencias y así poder obtener el respaldo de la gerencia y el área de docencia y en cuyo plan venía especificado el método de trabajo en el que se incluyen un programa formativo de rotación por urgencias (Guía o itinerario Formativo) metodología, contenidos, instrumentación-soporte bibliográfico y sistema de evaluación de rotación y un cronograma de trabajo (Plan de rotaciones, Rotaciones externas, Plantilla Plan Individualizado de Formación).

Resultados:

Es fundamental que la formación del medico residente que rota por urgencias sea evaluado de forma sumativa y estructurada con elemento categorizados y sujetos a verificación

Conclusiones:

Los residentes tienen una alta percepción de que sí aprenden, pero consideran que la carga de trabajo sobre todo en el primer año no es la más adecuada para su formación. Que agradecen que exista un programa de formación acorde a su especialidad.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 4

Gestión de urgencias y emergencias, seguridad clínica y calidad, ética

28
Congreso
nacional SEMES



EFICIENCIAS
evolucionando



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

O-193

MORTALIDAD PRECOZ EN PACIENTES INGRESADOS PROCEDENTES DE URGENCIAS

A Estella García, M Gracia Romero, R Viciano Garrido,
L Pérez Fontañá

Hospital SAS de Jerez. Jerez de la Frontera, Cádiz

Palabras Clave: mortalidad precoz, comorbilidad, ingreso

Objetivos:

Varios estudios analizan la mortalidad en Urgencias pero hay poco documentado sobre la mortalidad precoz de pacientes ingresados procedentes del servicio de Urgencias.

Material o pacientes y método:

Estudio prospectivo observacional realizado en un servicio de Urgencias hospitalario. Se incluyeron pacientes que precisaron medidas de tratamiento invasivo y fallecieron durante su ingreso en las primeras 48 horas. El periodo de estudio fue de 12 meses. Las variables analizadas fueron la edad, sexo, índice de comorbilidad de Charlson, nivel de láctico y motivo de ingreso. Los datos recogidos se analizaron con el programa estadístico SPSS versión 19. Las variables cuantitativas se expresan en mediana y rango intercuartílico y las cualitativas en porcentaje.

Resultados:

Veinte pacientes fueron incluidos, 16 hombres y 4 mujeres. La edad media fue de $66,3 \pm 13$ años. El índice de comorbilidad de Charlson, $5,9 \pm 2,1$. Fue menor de 3 en 5%, entre 3 y 5 en 80% y mayor de 5 en un 15%. Los niveles de ácido láctico al ingreso de 38,4 mg/dl con un rango [1-120]. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron: síndrome coronario agudo, 30%, y parada cardiorespiratoria reanimada 15%, un 20% shock hemorrágico, seguido de un 15% de patología infecciosa y un 10% enfermedad cerebrovascular. La mayoría recibieron ventilación mecánica, 80% y medicación vasoactiva, 90%. Dos pacientes resultaron donantes de órganos.

Conclusiones:

El síndrome coronario fue la patología más frecuente relacionada con la mortalidad precoz en pacientes hospitalizados. La alta comorbilidad y disfunción orgánica fueron factores relacionados con la mortalidad precoz en pacientes ingresados desde Urgencias.

O-194

RETORNO A URGENCIAS. PACIENTES QUE FALLECEN O PRECISAN INGRESO EN INTENSIVOS

A Antolín Santaliestra, S Jiménez Hernández, G Bernat Calvo,
O Miró Andrei, E Bragulat Baur, M Sánchez Sánchez

Hospital Clínic. Barcelona

Palabras Clave: retornos con ingreso, calidad asistencial, urgencias

Objetivos:

Los pacientes que retornan a urgencias en un intervalo de 72 horas e ingresan, es un indicador de calidad de resultado de la dimensión efectividad-riesgo. Ofrece la posibilidad de detectar pacientes en los que la gravedad o complejidad de su patología ha evolucionado de manera desfavorable desde su primera visita.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, sobre la actividad asistencial del año 2014 en un servicio de urgencias hospitalario de tercer nivel. Se analizó edad, sexo, comorbilidad (índice de Charlson) y dependencia (Barthel). Se utilizó las categorías de diagnóstico propuestas en la Clinical Classifications Software CIM-9-MC del 2013 y las causas se clasificaron siguiendo la propuesta de Pierce et al. Cada caso fue revisado por un adjunto del SUH y discutido en sesiones clínicas del servicio.

Resultados:

Reconsultaron 3.864 pacientes (4,1% de la actividad), de ellos ingresaron 674 (17,4%), 6 fallecieron (0,2%) y 65 precisaron ingreso en UCI (1,7%). Los hombres respecto a las mujeres reconsultan (53,6%) e ingresan más, especialmente en intensivos (66,2%), siendo la edad mayor en este grupo de forma significativa. Un 50 % de los pacientes no presentaban morbilidad significativa (puntuación 0-1 Charlson), y sólo 10 pacientes (14,1%) presentaban una dependencia moderada-severa (Barthel menos de 61). El grupo de diagnósticos mayormente implicados fueron las enfermedades cardiovasculares (33 casos un 46%), sobre todo el ictus (31%). Finalmente, el 30% de las causas se atribuyó al médico (diagnóstico previo deficiente o error al no ingresar al paciente).

Conclusiones:

En nuestro estudio la edad y la patología cardiovascular, especialmente la enfermedad cerebrovascular aguda parecen ser elementos a considerar como de riesgo para una evolución desfavorable. Nuestro análisis identifica que casi un tercio de las causas son atribuidas al médico, por lo que este tipo de análisis permite reflexionar sobre la calidad asistencial, discernir las causas evitables de revisita y detectar áreas de mejora.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

O-195

PACIENTES FUGADOS DE URGENCIAS. CARACTERÍSTICAS Y RECONSULTAS

A Antolín Santaliestra, S Jiménez Hernández, E García Nogueira, M Asenjo Romero, E Bragulat Baur, M Sánchez Sánchez

Hospital Clínic. Barcelona

Palabras Clave: fugados, calidad asistencial, urgencias

Objetivos:

El índice de pacientes fugados de urgencias, porcentaje de pacientes que marchan sin valoración médica respecto al total que consultan, se ha utilizado como un indicador indirecto de calidad objetiva. No existe un estándar globalmente aceptado y las características, causas y evolución de dichos pacientes difieren según los estudios analizados

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, sobre la actividad asistencial de un servicio de urgencias hospitalario. Se revisó la actividad asistencial de enero a agosto de 2015 y se incluyeron todos los pacientes que tras el proceso de triaje marcharon sin ser visitados por el médico. Se analizó edad, sexo, día de la semana, hora y forma de llegada, nivel de triaje asignado, tiempo de estancia y hora de alta. Se revisó, aquellos que reconsultaron en un periodo de 72 horas.

Resultados:

La actividad global asistencial aumentó el 6% con 2.923 pacientes fugados, lo que supone una tasa del 4,7% frente al 3,8% del 2014. Los fugados eran mayoritariamente hombres (índice 5% v/s 4,5%), tenían entre 15-44 años (64%, índice 7,1%), habían acudido por sus propios medios (87%), preferentemente en lunes (21%) y en la franja de 13 a 21 horas, en el triaje se les asignó mayoritariamente nivel 3 (48%), con un índice de fugados del 4%, inferior a los niveles 4 y 5, con 7,1% y 8,5% respectivamente. Los pacientes fugados permanecieron en urgencias una mediana de 102 minutos y la hora del alta se concentró en la franja de 16 a 21 horas. Finalmente, se detectaron 337 pacientes (11,5%) que reconsultaron en menos de 72 horas, 29 requirieron ingreso.

Conclusiones:

El paciente que marcha de urgencias antes de ser visitado suele ser un hombre, relativamente joven, que acude preferentemente por la tarde, los lunes, por sus propios medios y permanece cerca de 2 horas a ser atendido antes de marcharse. Aunque habitualmente su patología es menor, uno de cada 10 reconsulta en el propio centro antes de 72 horas e incluso algunos requieren ingreso.

P-196

LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA: CALIDAD ASISTENCIAL PARA URGENCIAS Y PARA EL CONJUNTO DEL HOSPITAL

M del Olmo Morales, MB Arciniega Salazar, V Hidalgo Sedano, R Palacios García, P Fraguas Reverendo, AI Vélez Castilla

Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: calidad, indicadores, UCE

Objetivos:

La Unidad de Corta Estancia (UCE) ha demostrado ser una alternativa eficaz y de calidad a la hospitalización convencional, útil al propio Servicio de Urgencias y su drenaje de pacientes, al paciente, su familia y entorno y al conjunto del sistema sanitario.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo en los tres años de funcionamiento de la Unidad de Corta Estancia, de los indicadores de calidad asistencial, datos recogidos por los Servicios de Admisión y de Codificación y Documentación Clínica del hospital. Analizamos la evolución en este periodo de tiempo el porcentaje y número total de ingresos urgentes, la estancia media hospitalaria, reingresos y mortalidad intrahospitalaria.

Resultados:

A pesar del incremento en un 8% del número de Urgencias en los tres años de funcionamiento de la UCE (de 115.195 a 124.385 asistencias), el porcentaje de ingresos urgentes bajó un 1,85%. La estancia media hospitalaria en el conjunto del hospital ha disminuido también de 7,12 a 6,41 días, y en los servicios médicos bajó de 8,37 a 6,91 días. Ha disminuido también en este periodo el porcentaje de muerte intrahospitalaria (de 3,74 a 3,41%) y sin aumentar el número de reingresos por mismo diagnóstico principal.

Conclusiones:

A pesar de contar con la UCE como un nuevo servicio de hospitalización, el número de ingresos totales ha descendido, paliando con ello problemas de saturación especialmente en servicios como Medicina Interna. No aumenta la estancia media del resto de servicios, sino que parece ejercer un efecto espejo o «dominó» en el conjunto del Hospital. El reducir la estancia media, puede hacerse mejorando otros indicadores de calidad como el no aumento del reingreso y la mortalidad intrahospitalaria.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-197

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON NIVEL DE TRIAJE I Y II EN UN CENTRO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

M Álvarez Monterroso, I Lumillo Gutiérrez, M Suela Bizarro, M Valverde Castillo, L Fabra García, RS Dumitras, O Sánchez Roy

CUAP Castelldefels. Castelldefels, Barcelona

Palabras Clave: atención primaria de salud, atención en emergencias, triaje

Objetivos:

Los Centros de Urgencias de Atención Primaria (CUAP) se desarrollan en Catalunya con el objetivo de aumentar el grado de resolución de los problemas de salud urgentes desde la Atención Primaria de Salud con el objetivo de descongestionar los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH).

Material o pacientes y método:

Estudio observacional descriptivo y transversal. Población: pacientes visitados entre los meses de enero y diciembre de 2015 clasificados con nivel de triaje I y II en un CUAP perteneciente al Área Metropolitana de Barcelona. Variables: Nivel de selección, edad, fecha, tiempo de atención, resolución, destino hospitalario, diagnóstico. Análisis de datos: datos obtenidos del Conjunto Mínimo de Base de Datos (CMBD-UR). Se ha realizado análisis descriptivo mediante frecuencia (porcentaje) para las variables nombradas anteriormente, con Microsoft Excel 2013.

Resultados:

Se han atendido 87 pacientes con nivel de triaje I y II, corresponden al 0,21% del total de las visitas. El CUAP resolvió un tercio (33,3%) de las visitas (n = 29) y derivó el 66,6% al SUH (n = 58). Por problemas de salud, los más prevalentes son los de origen cardíaco (40,2%), respiratorio (19,2%) y neurológico (11,4%). La resolución de hipoglucemias (100% de resolución, n=3) y las cardioversiones a ritmo sinusal de las taquicardias por reentrada del nodo auriculoventricular (83,3% de resolución, n=6) constituyen las patologías que más resolución adquiere el CUAP, permitiendo el alta de los pacientes.

Conclusiones:

El objetivo de los CUAP es asumir los niveles IV y V, y en la medida de las posibilidades (si no requieren de ingresos, pruebas complementarias complejas o valoración por otros especialistas), los pacientes de nivel 3. En los casos de los niveles I y II el CUAP asume la estabilización y orientación inicial del paciente, por tanto, la resolución asumida este año ha sido elevada dado que se ha resuelto el problema de una de cada tres personas con nivel de triaje I y II.

O-198

TRANSFERENCIA DEL PACIENTE POR PARTE DE LAS UNIDADES DE SOPORTE VITAL AVANZADO EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS DE LA CIUDAD DE MADRID. VISIÓN DEL EMERGENCIÓLOGO

J Gajate Cano, H Cossío Díaz, MC Castillo Ruiz de Apodaca, R Vico Fernández, C García Rico, MJ García-Ochoa Blanco, C Torres Gómez de Cádiz

SAMUR-PC. Meco, Madrid

Palabras Clave: triaje, tiempo, servicios médicos de urgencias

Objetivos:

A raíz de la incorporación de un nuevo ítem dentro de los objetivos para alcanzar la productividad dentro del Servicio de Emergencias Médicas SAMUR-PC, referente al tiempo que transcurre entre la clave 5 (llegada a las urgencias hospitalarias) y la clave 0 (unidad operativa), se nos planteó recoger la dificultad que en ocasiones encontramos en la transferencias dentro de las urgencias y por tanto la dificultad que en ocasiones se nos puede plantear para el logro de ese ítem.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo transversal prospectivo a través de recogida de datos, por equipos de trabajo, en todos aquellos avisos que finalicen con traslado a Centro Hospitalario, recogiendo los diferentes pasos desde la entrada por urgencias hasta la vuelta a la unidad.

Resultados:

Muestra: 188 transferencias hospitalarias, USVA 89,9% y Soporte Vital Enfermero 10,1%. Traslado indicado 88,8%. Motivo asistencia 22,3% trauma, cardiovascular 20,2%, patología psiquiátrica 7,4%. Tipo Urgencia: pública 87,8%, privada 11,2%, mutua laboral 1,1%. Hospital traslado: La Paz 13,9%, Fundación Jiménez Díaz 13,4%, Doce de Octubre 12,8%. Fueron preaviso 3,7% y pasarón a Box Vital 7,4%. Pasaron en camilla 61,2% y en silla 37,2%. Estancia media 11,50 minutos por transferencia, tiempo máximo 40 minutos. Desviación típica 6,597. Se realizó triaje 81,4%, siendo 17 minutos la espera más larga. Transferencia primaria 94,7%: verbal 55,3% y derivando a trauma 43,6% y medicina 24,5%. Tiempo espera medio segunda transferencia 1,37 minutos, máximo 35 minutos. Realiza triaje: enfermería 26,3%, medicina 17,5%, conjunto 47,4%. Cuando se filia: antes 72,3%, durante 11,2% y después 16,5%. Tiempo empleado 1,55 minutos, máximo espera 10. Facilita datos: médico 55,01%, enfermero 15%, familiar 13,4%, técnico 10,2%, administrativo 5,3% y celador 1,1%.

Conclusiones:

Observamos que las USVA demoran bastante tiempo en las urgencias hospitalarias debido a los tiempos de espera que se suceden entre el triaje inicial, las distintas transferencias antes de realizar el traspaso físico del paciente y la filiación del mismo, por lo debiera establecerse mecanismos más ágiles o menores pasos en la transferencia del paciente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-199

LA INTIMIDAD, DERECHO FUNDAMENTAL

C Martín Martín, K Garai Aranburu, E Ureta Peña, H Etxeberria Agirre, G Castro Burgo, T Mateo Urdiales, FJ Oleaga Goya

Mutualia. Bilbao

Palabras Clave: intimidad, privacidad, urgencias

Objetivos:

Mutualia, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social aplica un modelo de gestión avanzada orientado a la mejora de la salud, la calidad de vida y la satisfacción de sus grupos de interés, con servicios innovadores y personas comprometidas. En el plan estratégico 2015-2017 elaborado por todas las personas de la organización, hemos definido unos valores: vanguardia, cercanía, eficiencia, profesionalidad, transparencia y equipo, para diferenciar nuestra Mutua de las demás. Por ello, dentro del valor cercanía, nos ha parecido oportuno estudiar la percepción de la intimidad que tienen los pacientes atendidos en el servicio de urgencias de la Clínica Ercilla en Bilbao.

Material o pacientes y método:

Estudio llevado a cabo mediante la cumplimentación de un cuestionario de los pacientes atendidos en la urgencia en días laborales de lunes a viernes entre las 8 horas y las 22 horas diferenciando la franja horaria entre mañana y tarde desde el 1 de noviembre de 2015 a 29 de febrero 2016.

Resultados:

Se analizan 250 cuestionarios valorando la intimidad auditiva y visual en las diferentes salas de trabajo. La pérdida de la intimidad auditiva es del 19,51% siendo claramente mayor en el mostrador de admisión (85,95%), en menor medida en la consulta (14,04%) y en ningún caso en la sala de Radiología. El paciente siente pérdida de intimidad visual (siendo el 2,81%) cuando en la consulta entra personal sanitario que no le está atendiendo en ese momento. Aun así, en su totalidad (100%) declara que el personal ha respetado su intimidad aunque el 5,60% refiere no haber tenido sensación de privacidad. Se confirma que la intimidad auditiva empeora por la tarde mientras que la intimidad visual se pierde más por la mañana.

Conclusiones:

La percepción del paciente varía según el grado de satisfacción general (trato recibido, contingencia, incapacidad temporal, etc.) El resultado también se verá alterado si el paciente es atendido en la sala 2 ya que la estructuración de la sala hace que el grado de intimidad sea inferior por el tránsito del personal sanitario. En este momento el equipo está estudiando las acciones correctivas correspondientes.

O-200

MEJORA DEL USO DE LOS HOSPITALES DE APOYO

A Núñez González, C Bermejo Boixareu, A Medina Carrizo, I Roch Hamelin, B García Parres, R Capilla Pueyo

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid

Palabras Clave: care, hospital, improve

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de la muestra de pacientes de un programa de traslados a hospitales de apoyo desde urgencias de un hospital terciario de la Comunidad de Madrid. A partir de finales de 2011 se decidió inició la tramitación de traslados a hospitales de apoyo por médicos de urgencias con especialidad de geriatría. Se recogieron los pacientes que se trasladaban desde urgencias a hospitales de apoyo. Las variables a estudio fueron edad, sexo, situación funcional, mental y social, Índice de comorbilidad de Charlson, diagnósticos, tratamiento, centro de derivación, reingresos y mortalidad.

Resultados:

Se han registrado desde el uno de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2013: 965 (438,527) traslados a hospitales de apoyo desde urgencias. Esta muestra presenta una edad media de 86,13 años y eran el 61,7% mujeres. El 14,2% ha reingresado en urgencias en los 30 días siguientes. De la muestra, 812 son pacientes que se han trasladado en una ocasión y 153 en más de una ocasión. Según las escalas de Cruz Roja funcional 420 pacientes presentaban un grado de dependencia moderada (CRF2-3) y 333 un grado alto de dependencia (4-5). Los pacientes tenían demencia moderada-severa en un 48% de ellos y un deterioro cognitivo leve o intacto un 28,9%. El Índice de Charlson era de media 2,53±1,48 (0-9). Los pacientes procedían de domicilio en un 22,3% y de residencia 74,1%. Los diagnósticos más frecuentes fueron patología respiratoria (58,1%), patología renal (13,2%) e insuficiencia cardiaca (10,5%).

Conclusiones:

Los pacientes mayores institucionalizados precisan recursos sanitarios que en ocasiones no están presentes en los hospitales terciarios, o bien, requieren ingresos que no es necesario que sean en hospitales terciarios. Es fundamental conocer los recursos que ofrecen los hospitales de apoyo y su perfil de admisión para ofrecer un abanico más amplio de posibilidades a los pacientes de urgencias. La mejora de uso de recursos sanitarios conlleva en este caso una importante reducción de costes.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-201

SISTEMAS AUTOMÁTICOS DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS (SADME) EN URGENCIAS. INFLUENCIA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

A Palmer Ruiz, C Vadillo García, MJ Pecharomán Cervigon, MC Viguera Bravo, MJ Costa Antúnez

Hospital José Molina Orosa. Arrecife, Las Palmas

Palabras Clave: sistema automáticos de dispensación de medicamentos (SADME), seguridad del paciente, urgencias

Objetivos:

La prevención de eventos adversos (EA) en el paciente es un elemento esencial para la seguridad del paciente. La incidencia de EA en el servicio de urgencias (SU), según estudio eventos adversos en urgencias (EVADUR), es del 12%, con un 70% de EA evitables, y de los factores causales un 15% correspondían a la medicación. En 1996 aparecieron los primeros SADME, cuyos objetivos son minimizar el riesgo de errores de medicación y que estos puedan ser identificados, documentados y subsanados, entre otros.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, descriptivo del SADME en SU, Servicio Canario de Salud. Hospital José Molina Orosa.

Resultados:

Los SADME son un conjunto de armarios, que contienen medicación lista para su uso, controlados electrónicamente y gestionados por un software e interconectado con las aplicaciones informáticas de Farmacia y Admisión, aportando 80% de la medicación más utilizada del servicio. Con actualización periódica, para adaptarse a las necesidades del servicio. La enfermera accede a la medicación a través de una pantalla táctil con su clave de acceso. Ventajas enfermería: optimización del tiempo, reducción labores burocráticas, mayor dedicación a atención pacientes, no pérdida de tiempo en búsqueda de medicamentos en SU. Mejora la conservación de los medicamentos, ocupa menos espacio, más orden, mejor identificación (mejora el problema que genera isoapariencia), mejor control de caducidades. Omisión gestión stock. Disponibilidad de medicamentos 24 h. Registro electrónico de movimientos y restricción de acceso según categoría laboral. Farmacia: Eliminación de la urgencia determinada por la no disponibilidad de medicamentos en inventario. Estrategia completa de gestión de medicamentos (registro y recuento estupefacientes, etc.). Optimización del inventario. Inconvenientes: importante inversión, necesita buen nivel técnico, mayor carga de trabajo para farmacia, rechazo/desconfianza del personal. Posibles errores con SADME: De estructura y/o funcionamiento de la máquina: Fallo suministro eléctrico, del sistema informático y de estructura mecánica. De manejo del usuario: errores de llenado, errores por omisión (rotura de stock), conservación, y de extracción.

Conclusiones:

Los SADME son una herramienta útil para mejorar la calidad asistencial del paciente y como gran ventaja, reduce los errores asociados a la medicación (omisión de dosis, dosis incorrecta o error en medicación, isoapariencia).

O-202

EVOLUCIÓN DEL CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ENTRE LOS PROFESIONALES DE URGENCIAS A LO LARGO DEL TIEMPO: EL APRENDIZAJE NOS HACE GARANTES, PERO MÁS CRÍTICOS

S Jiménez Hernández, A Antolín, G Bernat, M Suárez, M Asenjo, M Sánchez

Área de Urgencias. Hospital Clínic. Barcelona

Palabras Clave: seguridad del paciente, encuesta, servicio de urgencias

Objetivos:

La cultura de SP de los profesionales de una organización, es un elemento fundamental en las estrategias encaminadas a mejorar la calidad asistencial (CA).

Material o pacientes y método:

Estudio comparativo mediante la encuesta HSOPS de la AHRQ. Distribución en tres momentos: noviembre 2009, 2012 y 2015. Estrategias de mejora implantadas: reorganización asistencial (de especialidades a niveles de urgencias), creación de una Comisión de Calidad y Seguridad Clínica, implantación metodología Lean, campañas concretas de seguridad e instauración de un Sistema de Notificación. La encuesta informa sobre la percepción en 12 dimensiones. Análisis según metodología AHRQ: RESPUESTAS POSITIVAS (porcentaje de respuestas positivas a preguntas formuladas en positivo y respuestas negativas a preguntas en negativo) y RESPUESTAS NEGATIVAS (respuestas negativas a preguntas en positivo y respuestas positivas a preguntas en negativo). FORTALEZA es más de un 75% de respuestas positivas y DEBILIDAD, más de un 50% de respuestas negativas. Se ha utilizado prueba de Ji cuadrado o F de Fisher.

Resultados:

Realización de 571 encuestas, distribuidas homogéneamente entre los tres periodos. Las características de los profesionales fueron comparables socio-profesionalmente. Todas las dimensiones han aumentado en porcentaje de respuestas positivas significativamente. La dimensión 'Trabajo en equipo en la unidad' casi consigue la definición de fortaleza (68.9%, 66.8%, 69.5%). 'Percepción global de seguridad' deja de ser debilidad (55.7%, 44.1% y 32%, p 0,0001). 'Dotación de personal' (53%, 56.8% y 63%), es debilidad en los tres periodos. La calificación global de seguridad mejoró (4.9 ± 0.13 vs 6.2 ± 0.12 vs 6.5 ± 0.16 , p 0,0001). El 50% de profesionales puntuaron el nivel de seguridad por encima de 5.5 en 2009, de 7.5 en 2012 y de 8 en 2015, en el análisis por percentiles.

Conclusiones:

La implantación de estrategias, tanto asistenciales como formativas, encaminadas a la mejora de la Calidad Asistencial y de la Seguridad Clínica de una organización, tiene un impacto positivo en el clima y cultura de seguridad del paciente entre sus profesionales.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-203

ANÁLISIS DE LAS DERIVACIONES DESDE UN CENTRO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA A LOS HOSPITALES DE REFERENCIA

I Lumillo Gutiérrez (1), F Fabra García (2), LF Villate Robles (3), O Sánchez Roy (3), M Álvarez Monterroso (3), M Suela Bizarro (3), M Valverde Castillo (3)

(1) CUAP Castelldefels, (2) CUAP Castelldefels, (3) CAP Can Bou. Sant Boi de Llobregat, Barcelona

Palabras Clave: urgencias médicas, atención primaria, remisión y consulta

Objetivos:

Los Centros de Urgencias de Atención Primaria (CUAP) se implantaron con el objetivo de aumentar la eficiencia de la gestión de la demanda urgente en Atención Primaria, y poder descongestionar los servicios de urgencias hospitalarios. Así mismo, los recursos de los que disponen los CUAP siguen siendo limitados respecto al hospital, y para garantizar la calidad asistencial son necesarias derivaciones hospitalarias.

Material o pacientes y método:

Estudio cuantitativo descriptivo transversal. Población y ámbito: Pacientes atendidos en el centro derivados a los hospitales de referencia entre Junio de 2014 y Octubre de 2015. Variables: Pacientes visitados, pacientes derivados, nivel de urgencia derivado, principales problemas de salud derivados, ingresos de las derivaciones en el hospital. Se realizará análisis descriptivo de las variables mediante media (desviación estándar) y frecuencia (porcentaje) para las variables de pacientes atendidos, derivados, problemas de salud e ingresos hospitalarios de los pacientes derivados. Mediante Microsoft Excel 2013.

Resultados:

Se han atendido 58.747 visitas de Junio 2014 a Octubre 2015 en el CUAP (Media de 3.432 pacientes visitados por mes), de las cuales 1.757 (2,99%) fueron derivaciones a los hospitales de referencia (Media de derivaciones por mes 103,17). Respecto a la complejidad derivada, un 0,11% fueron niveles 1, un 4,29% fueron niveles 2, un 58,14% niveles 3, y un 37,44% niveles 4 y 5. Las principales patologías derivadas fueron traumatismos con el 17,5%, respiratorias con el 13,2% y digestivas con el 10,35%. El 25,99% de los pacientes derivados requirieron ingresos hospitalarios.

Conclusiones:

Nivel de resolución del 97,01% del total de las visitas. Un elevado número de derivaciones han sido ingresos hospitalarios. Estos resultados son fruto de un análisis interno por lo que deben interpretarse con precaución, y sólo interpretarse en base a la población estudiada.

O-204

INDICADORES DE CALIDAD Y SEGURIDAD ASISTENCIALES EN DOS UNIDADES DE CORTA ESTANCIA DEPENDIENTE DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE DOS HOSPITALES UNIVERSITARIOS

R Comabella Pobes (1), S Cabrera Jaime (1), F Quílez Castillo (2), L García Vidal (2), P Barroso Castaño (2), JM Modol Deltell (2)

(1) Institut Català d'Oncologia, (2) Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Palabras Clave: unidad de corta estancia, urgencias, seguridad

Objetivos:

Los indicadores de calidad asistencial de las Unidades de Corta Estancia (UCE) deben contemplar aspectos de seguridad

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo de dos Unidades de Corta Estancia dependiente del servicio de Urgencias de dos hospitales universitarios (UCE1 y UCE2) durante 2014. Datos secundarios sociodemográficos, asistenciales y de seguridad procedentes del aplicativo de Cuidados Gacela Care®.

Resultados:

La UCE1 atendió 2265 pacientes frente a 1359 pacientes en UCE2. El 47,7% (1081) eran varones en UCE1 frente 54,2% (737) en UCE2, estancia media de 3,2 días versus 3,5 días. Los (El Plan) planes de cuidados (PC) más utilizados en UCE1 fueron de trastorno del aparato respiratorio 35,8% (811) y cardiocirculatorios 32,4% (735) versus respiratorios 34,5% (469) e infecciosos 27,4% (372) en UCE2. En UCE1 el 97,2% (2202) de los pacientes portaban catéter venoso frente el 100% en GTP. La instauración de sondaje vesical en UCE1 fue de 18,0% (408) versus 28,0% (381). La prevalencia de flebitis se situó en 4,1% (93) en UCE1 frente a 5,1% (70) en GTP. En UCE1 se valoró el riesgo de Ulceras por Presión (UPP) en el 96,1% (2178) de pacientes siendo 5,1% (116) con presencia de UPP, frente a UCE2 con registro de valoración del 100%, con presencia de UPP en el 2,2% (30). El registro de riesgo de caídas se situó en UCE1 en el 94,3% (2135), con una tasa de caídas del 3% frente a UCE2 con registro del 100% y tasa de 1,2%. El uso de contención mecánica fue del 1,4% (31) en UCE1 versus 0,9% (12). La prevalencia de aislamientos infecciosos se situó en 1,4% (33) para UCE1 versus 7,2% (98) en UCE2.

Conclusiones:

La atención cardiorrespiratoria es el motivo de atención más prevalente en ambas UCes. Existen diferencias en el uso de dispositivos, con un comportamiento más intervencionista por UCE2, así como una mayor tasa de aislamientos infecciosos. Existe un alto cumplimiento de los registros de seguridad del paciente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

O-205

PROGRAMA DE DETECCIÓN DE POSIBLES DONANTES DE ÓRGANOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

M Liñán López, JM Pérez Villares, EP Fuentes García, F Santaella Aceituno, E Roca Fernández-Castany, A Pineda Martínez

Centro Hospitalario Universitario de Granada

Palabras Clave: donación, urgencias, detección

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 Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH).

Material o pacientes y método:

Análisis descriptivo retrospectivo desde 01/01/2011 hasta 31/12/2015 inclusivos, de los posibles donantes de órganos detectados en el SUH 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 dicho periodo se han realizado 26 detecciones en SUH, lo cual supone el 11 % 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 SUH. 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 SUH y Coordinación de Trasplantes permite aumentar la capacidad de detección de posibles donantes de órganos siendo el médico del SUH un elemento clave en la detección de posibles donantes. La mayoría de donaciones corresponden a pacientes con hemorragias cerebrales, lo cual supone ingresos en UCI de corta duración. La entrevista de donación, 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 elije la posibilidad de ser donante de órganos.

O-206

DERIVACIÓN INVERSA INTRAHOSPITALARIA. VISITAS AHORRADAS EN URGENCIAS

D García Pérez (1), J Aligué (2), JG Zorrilla (2), R Rafat (2), A Baraldés (2), C Llorens (2), M Carbonell (2)

(1) Fundació Althaia. Xarxa Universitaria. Manresa,

(2) Fundació Althaia. Manresa. Moià, Barcelona

Palabras Clave: urgencias, gestión de visitas, ancianos

Objetivos:

Establecer alianzas entre Hospital de Día de Crónico (HDC) y el Servicio de Urgencias (SU) permite crear estrategias beneficiosas para la atención urgente del paciente anciano. Una herramienta de ayuda al triage (3D) a pacientes ancianos, con nivel de tria (3 y 4) según el MAT, nos permite derivar la consulta sin visita médica a HDC, evitando la visita al SU.

Material o pacientes y método:

El período de estudio comprende desde junio del 2014 hasta diciembre del 2015. Los resultados analizados derivan de las visitas realizadas en HDC de pacientes ancianos sin visita previa. El SU propone en el momento del triaje, realizar una pregunta sencilla sobre si el motivo de consulta repercute de manera aguda e importante sobre, Dependencia (funcionalidad), Demencia (estado cognitivo) y Domicilio (procedencia), sin enlentecer el proceso de TRIA. Se aplica a pacientes mayores de 80 años, con nivel de triaje 3 y 4, que consultan por disnea, fiebre, malestar general y anemia (aportan analítica). Si el motivo de consulta no afecta de manera aguda a les 3D, se visita directamente a HDC.

Resultados:

De les 1323 vistas a HDC el 42,70% (565) han sido derivadas de triaje aplicando las 3D las otras proceden derivadas por atención primaria. La edad media de 83 años e Índice de Charlson de 2,62. Los diagnósticos son: descompensaciones respiratorias (32,72%) y cardíacas (26,53%), anemia (9,52%) e infecciones urinarias 4,68%. El destino, 298 (52,74%) fueron alta a domicilio, 219 (38,76%) ingresaron a hospital de agudos, 33 (5,84%) a subagudos y 15 (2,65%) a hospitalización domiciliaria. Ninguna de las visitas se redirigieron a urgencias.

Conclusiones:

Las 3D aplicadas por enfermería en el momento de triaje es efectiva y segura. Se reducen visitas a Urgencias a expensas de proporcionar los recursos más adecuados.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-207

CONCORDANCIA DE LOS VALORES ÉTICOS ENTRE PROFESIONALES Y USUARIOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS DE LA REGIÓN

JM Marín Martínez (1), R Rojas Luan (1), A Cantero Sandoval (1), ME Torres Marín (1), J Nicolás Gálvez (2), MA Gomáriz Martínez (3), JM Martínez Zapata (1)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Virgen de la Arrixaca,

(2) Servicio de Urgencias. Hospital Morales Meseguer,

(3) Servicio de Urgencias. Hospital de los Arcos. El Palmar, Murcia

Palabras Clave: ethical values, professional values, ethic normative

Objetivos:

Los valores éticos son un referente de excelencia para los profesionales sanitarios, sin embargo no se han validado respecto a que opinan nuestros usuarios sobre ello, y si ellos también los consideran como excelencia profesional.

Material o pacientes y método:

Estudio multicéntrico prospectivo observacional transversal descriptivo. Emplazamiento: 9 Servicios Urgencias hospitalarias (UH) de la región Material y método: Estudio prospectivo observacional transversal descriptivo. Urgencias hospitalarias Septiembre-julio 2015 Muestreo aleatorio simple Criterios inclusión: profesionales activos: médicos, enfermeros y pacientes de los 9 servicios de urgencias hospitalarias de la región. Pacientes mayores de edad, sin patología psiquiátrica, sepan castellano y orientados en las tres esferas. Nivel de triaje 3,4 y 5. Encuesta auto-administrada: 30 valores deontológicos (adaptada Galán González-Serna Cuadernos de Bioética 2013). Dos preguntas: Obligatoriedad del valor, respuesta dicotómica si o no, grado de importancia para la asistencia respuesta tipo escala Likert 1 a 7. Análisis estadístico el paquete estadístico SPSS, significativos $p < 0,05$.

Resultados:

100% de los servicios. Válidas: Médicos (M) 137 UH, 51,1%. Hombres 41,88 $\pm$ 7,9 años. Tasa respuesta: 63,13%. Enfermeros (E) 177, 68,9 Hombres 38,39 $\pm$ 7,2 años Tasa respuesta 54,62% ? Pacientes (P) 379 58,4% Hombres 41,69 $\pm$ 13,9 años Tasa respuesta 47% Obligatoriedad Altruismo M71,9% E71,8% P87,4% Calidad científica E87,3% P95,5% Cercanía M80,5% P92,6% Compasión M76,5% E76% P89,4% Cuidado E100% P95,2% Diligencia M76,3% P89,4% Abnegación M29,3% E34% P43,8% Sencillez M80,2% P91,2% Sinceridad M78,6% E77,2% P93,5% Vocación de servicio M89,3% E84,7% P96% Los valores son obligados para más del 65% de los profesionales, 88% pacientes, excepto abnegación. Grado de importancia Acogida M5,7 $\pm$ 0,1 P6,09 $\pm$ 0,06 Atención personalizada M5,1 $\pm$ 0,12 P5,6 $\pm$ 0,12 Altruismo M4,9 $\pm$ 0,14 E5,00 $\pm$ 0,12 P5,6 $\pm$ 0,09 Benevolencia M5,94 $\pm$ 0,1 P6,2 $\pm$ 0,06 Calidad científica E5,7 $\pm$ 0,09 P6,2 $\pm$ 0,64 Cercanía M5,6 $\pm$ 0,11 P6,07 $\pm$ 0,072 Compasión M5,2 $\pm$ 0,13 P5,7 $\pm$ 0,08 Conocimiento científico E6,05 $\pm$ 0,085 P6,3 $\pm$ 0,06 Cui-

dato M5,2 $\pm$ 0,1 P6,1 $\pm$ 0,06 Diligencia M5,1 $\pm$ 0,12 P5,9 $\pm$ 0,07 Empatía M5,2 $\pm$ 0,12 P5,7 $\pm$ 0,07. Abnegación M4,2 $\pm$ 0,17 E4,06 $\pm$ 0,15 P5,08 $\pm$ 0,11. Trato correcto M5,5 $\pm$ 0,11 E5,5 $\pm$ 0,1 P6,2 $\pm$ 0,07. Vocación de servicio M5,5 $\pm$ 0,11 P6,1 $\pm$ 0,07. Los valores puntúan por encima de 4,8 para profesionales y 5,4 para pacientes excepto: abnegación.

Conclusiones:

Todos los valores son considerados obligados y de gran importancia tanto para profesionales como para pacientes. Las mayores diferencias las encontramos en el valor abnegación que es el valor menos obligado y con menor importancia para los profesionales. Los médicos difieren más con los pacientes en su visión de los valores.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-208

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO INGRESADO EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA EN RELACIÓN A LA ESTANCIA MEDIA REQUERIDA

M Jiménez Redondo (1), E Segarra Cantero (1), V Jiménez Carrilero (1), J Rodríguez Fernández (1), M Vidal Macías (1), F Guillaumet (1), JR Pérez Mas (2)

(1) Institut Català d'Oncologia, (2) Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Palabras Clave: neoplasia, estancia media, unidad de corta estancia

Objetivos:

La mayor prevalencia de determinadas enfermedades y el aumento de la esperanza de vida, requiere destinar mas recursos a la atención de enfermos oncológicos. Desde 2011, pacientes con neoplasia activa que precisan ingreso con estancia previsiblemente corta, ingresan en la unidad de corta estancia (UCE). Analizamos la evolución en relación a la estancia requerida.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo y retrospectivo realizado entre enero y septiembre de 2015. De 1594 pacientes ingresados, 128 (8.03%), tenían neoplasia activa. Según el motivo de ingreso, se clasificaron en: a) trastornos hematológicos, b) procedimientos invasivos, c) patología neumológica, d) fiebre y infecciones, e) otros.

Resultados:

De 128 (8,03%) pacientes ingresados, 20 (15,62%) tenían trastorno hematológico, con una estancia media de 1,83 días, 48 (37.5%) ingresaron tras procedimientos, con una estancia media de 1,25 días, 17 (13,28%) ingresaron por patología neumológica, con estancia media de 2,8 días, 32 (25%) por patología infecciosa, con una estancia media de 3,43 días, otras causas, 11 (8,59%), con estancia media de 3 días. 108 (84,37%) pacientes fueron alta hospitalaria (a domicilio, centro sociosanitario o hospitalización domiciliaria), 9 (7,03%) fueron éxitos y 11 (8.59%) precisaron traslado a otro servicio (oncología/hematología).

Conclusiones:

1) El ingreso de pacientes oncológicos, y criterios de ingreso en UCE, no modifica la estancia media del global de la unidad. 2) La UCE es una buena alternativa al ingreso de estos pacientes 3) Los paciente con perfil más adecuado para ingreso en UCE son los que padecen trastornos hematológicos leves, control tras procedimiento, trastorno neumológico y patología infecciosa.

P-209

PACIENTE ONCOLÓGICO CON NEOPLASIA ACTIVA INGRESADO EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA EN 2015. ESTUDIO COMPARATIVO CON EL PERIODO 2011

J Rodríguez Fernández (1), V Jiménez Carrilero (1), M Jiménez Redondo (1), E Segarra Cantero (1), M Vidal Macías (1), F Guillaumet (1), JR Pérez Mas (2)

(1) Institut Català d'Oncologia, (2) Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Palabras Clave: unidad de corta estancia, neoplasia, estancia media

Objetivos:

Desde Enero 2011, los pacientes con cáncer que precisan ingreso hospitalario previsiblemente corto, ingresan en la unidad de corta estancia (UCE) del H. de Bellvitge sin que se observe un aumento de la estancia media global. Dada la necesidad de nuevas alternativas asistenciales, analizamos la estancia media comparándola con los resultados obtenidos en 2011.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo realizado entre enero-septiembre 2015. De un total de 1594 pacientes, 128 (8,03%) tenían neoplasia activa. Analizamos la estancia media de este grupo, en relación a la estancia media total de la unidad comparándola con los resultados de 2011.

Resultados:

En el periodo Enero-Septiembre 2015 fueron alta de la UCE 1594 pacientes. La estancia media global de la unidad fue 3,23 días. De estos pacientes, 128 (8.03%) ingresaron por patología secundaria a su neoplasia con una estancia media de 2,23 días. En 2011, la estancia media global de la UCE fue de 2,99 días y el 6.7% de los ingresos fue por causa relacionada con su neoplasia de base. La estancia media fue 2.62 días.

Conclusiones:

1) Se confirma la tendencia a aumentar el numero de ingresos de pacientes neoplásicos en la UCE 2) El ingreso de estos pacientes en una UCE tiene incidencia positiva en la estancia media global de la unidad, sin detrimento de la calidad asistencial 3) Es necesario concretar el perfil mas adecuado del paciente oncológico susceptible de ingresar en una UCE.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

O-210

EPIDEMIA DE GRIPE 2016: ¿ES LA RESPONSABLE DE LA SITUACIÓN DE COLAPSO DE URGENCIAS?

M González Ruiz, S Rubio Sánchez, L Prieto Lastra, FM Mateos Chaparro, P Garmilla Ezquerro, N Odrizola Romillo, M Andrés Gómez

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Muriedas, Cantabria

Palabras Clave: flu epidemic, influenza A antigen, emergency collapse

Objetivos:

La tasa de ataque anual de la Gripe a nivel mundial es del 10% en adultos y 30% en niños. Cabe suponer que esta epidemia podría generar incrementos asistenciales en los servicios de Urgencias (SU) y explicar las situaciones de "colapso" que se producen en nuestros servicios en determinadas épocas del año. Pero esto ¿es realmente cierto? ¿la epidemia de gripe es la responsable de la actual situación de los SU?

Material o pacientes y método:

Se compara el registro realizado por RMCC y el Sidartha del HUMV. Se analiza la rentabilidad diagnóstica del Antígeno. Se analiza la repercusión de los casos detectados de gripe en los SU de Cantabria analizando las visitas semanales e ingresos.

Resultados:

La tasa de casos de gripe detectados por RMCC es superponible a la tasa de casos detectados por Sidartha, detectándose el pico epidémico en las sexta-séptima semana del año, dos semanas mas tarde que el pasado 2015. La determinación del antígeno tiene un VPP del 100% pero un VPN del 56,78% en nuestro SU, comparables a datos del resto de España. Tanto para la RMCC como para el Sidartha, el pico epidémico de Gripe no supone un aumento en el numero de visitas diarias en los servicio de urgencias ni un mayor numero de ingresos hospitalarios.

Conclusiones:

El SU del HUMV es tan válido como la RMCC para la vigilancia clínico-epidemiológica de la gripe. Los aislamientos virales en esta campaña son fundamentalmente Influenza A (H1N1/H3N2) aunque pueden coexistir otros virus no gripales. La determinación del Antígeno tiene un elevado VPN, el GOLD estándar es la PCR. La Gripe estacional NO supone un mayor numero de vistas a SU ni un mayor numero de ingreso por lo que no se justifica por este motivo el "colapso" existente.

O-211

AUTOPSIA CLÍNICA EN URGENCIAS

MJ López Casanova, S Mínguez Masó, MA Pedragosa Vall, A Aguirre Tejedo, ML Blanco López, I Cirera Lorenzo

Hospital del Mar. Barcelona

Palabras Clave: autopsia clínica, urgencias, diagnóstico

Objetivos:

La autopsia clínica está reconocida como una herramienta útil para el diagnóstico y el control de la calidad asistencial. Entre las diversas finalidades de la autopsia también están la docencia, investigación, auxilio a la justicia, aportación epidemiológica y estadística, aporte de materiales para banco de tejidos e incluso obtención de información para la vertiente social y familiar.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo de las autopsias solicitadas en el área médica del servicio de urgencias (AMSU) del Hospital del Mar (excluido área pediátrica y ginecológica) en el periodo comprendido entre enero 2007 y diciembre 2015.

Resultados:

Durante este periodo fueron atendidos un total de 596758 pacientes (234310 AMSU) y se registraron 1878 fallecimientos (1369 AMSU). Se solicitaron un total 279 autopsias, 161 judiciales y 118 clínicas. De las autopsias clínicas solicitadas se denegó la autorización en 36 casos y se efectuaron 82, 53 correspondieron al área de urgencias de medicina con la siguiente distribución anual 2007-2015: 9,7,10,2,3,6,5,5,6. La edad media fue 75 años y el tiempo medio de estancia media de 5,7 horas. Los diagnósticos autópsicos fueron infarto agudo de miocardio 14 (26%), patología aórtica aguda 7 (13%), TEP 5 (9,4%), insuficiencia cardiaca 2 (3,8%), isquemia intestinal 2 (3,8%), sepsis abdominal y urinaria 6 (11,3%), sepsis respiratoria 7 (13%), hemorragia digestiva 2, hemorragia vías respiratorias 2 (3,8%), neoplasia no conocida 4 (7,5%), ictus 1, aterosclerosis 1, fallo multiorgánico 1 (1,9%). Resultaron diagnósticas de la causa de la muerte 47 (88%) y 6 (12%) no concluyentes. Hubo correlación con el diagnóstico clínico en 21 (40%), no la hubo en 16 (30%). Fue aclaratoria de la causa de la muerte cuando no había diagnóstico clínico en 11 (20%).

Conclusiones:

La autopsia resultó diagnóstica en la mayoría de los casos. Los motivos más frecuentes de fallecimiento fueron de origen cardiovascular seguido de etiología infecciosa. Hubo correlación entre el diagnóstico clínico y patológico en el 40%.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-212

VISITAS PROGRAMADAS ESCOLARES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS: UN INDICADOR DE CALIDAD PERCIBIDA

J Aparicio Sánchez (1), F Soriano Rodríguez (2), E Muñoz Triano (3)

(1) Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba (2) Hospital Infanta Margarita. Cabra, Córdoba (3) Hospital Ntra. Sra. del Rosario. Madrid

Palabras Clave: escolares, urgencias, calidad

Objetivos:

Las visitas escolares programadas a Servicios de Urgencias (SU), indicador de ¿calidad percibida? Dos conceptos: calidad objetiva y calidad percibida. La primera es calidad real atención recibida, se puede medir y comparar. Muchas veces el paciente no tiene la capacidad para juzgar calidad objetiva, por lo que es calidad percibida la que actúa como variable de decisión.

Material o pacientes y método:

450 visitas programadas de escolares Bachillerato, o Grado Medio FP, dentro Proyecto ¿Conoce tu Hospital? durante 2015. Entrega encuesta con cuestiones relativas SU, de expresión libre y multirrespuesta. A continuación, realiza visita guiada por profesional SU, donde se explica estructura, funcionamiento tanto dinámica trabajo en atención urgente, como en clasificación por Circuitos y Prioridades, adjuntándoles folleto explicativo. Posteriormente, se completa el cuestionario con otras preguntas con multirrespuesta. Recogidas, y trasladados sus resultados a una tabla de Excel 2013, siendo analizadas con el Programa SPSS 19.0.

Resultados:

Analizan 450 encuestas. Un 34% varones y un 66% mujeres. Sobre el grado de conocimiento previo sobre las Urgencias, un 68,9% respondió normal. La opinión de las Urgencias, un 52,4% respondieron buena. En referencia a si trabajarían en Urgencias, un 58,4 % respondieron que sí. Tras la visita al SU, en relación sobre si ha cambiado su opinión tras la visita, un 74,4% contestaron que sí. Referente a si ha sido para mejor un 94,4%.

Conclusiones:

Grado de conocimiento previo sobre el SU, influye sobre el cambio de opinión ($p=0,036$), y sobre la mejor o peor opinión que tienen ($p=0,000$), en cambio no influye decisión trabajar o no en el SU ($p=0,365$). Diferencias de sexo grado de conocimiento previo ($p=0,024$), y disposición de trabajar o no en SU ($p=0,000$), no hay diferencias en la opinión sobre el SU ($p=0,934$), en cuanto al cambio de opinión ($p=0,616$), o al sentido de la opinión ($p=0,990$). Este tipo de visitas escolares programadas, son una herramienta efectiva sobre la detección calidad percibida. Es un instrumento de corrección y mejora de SU, con el fin de lograr una excelencia del mismo.

P-213

LA INTERVENCIÓN SOCIAL EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DURANTE 1 AÑO

A Alberó Miró (1), J Rodríguez Fernández (2), F Llopis Roca (1), M Vidal Macías (2), R Comabella Pobes (2), S Soler Soto (1)

(1) Hospital Universitari de Bellvitge, (2) Institut Català d'Oncologia. Barcelona

Palabras Clave: unidad de corta estancia, urgencias, trabajo social sanitario

Objetivos:

Las unidades de corta estancia (UCE) son dispositivos alternativos a la hospitalización convencional que contribuyen a paliar la saturación de los servicios de Urgencias. El ingreso de pacientes de edad avanzada en estas unidades puede comportar desequilibrios en el funcionamiento social no previstos en un inicio.

Material o pacientes y método:

Se revisan los pacientes ingresados en una UCE dependiente de Urgencias de un hospital universitario durante el año 2015 en los que hubo intervención social. Se analiza edad, sexo, diagnóstico de ingreso, índice de Barthel, ser ¿Paciente Crónico Complejo? (PCC) o ¿Paciente con Enfermedad Crónica Avanzada? (MACA), unidad de convivencia y familiar, cuidador principal, problemática social, recursos previos activados, servicio prestado, estancia media, destino al alta y reconsulta al mes del alta.

Resultados:

Se realizó intervención social en 100 pacientes (4,5% del total de ingresos), con una edad media de $83 \pm 9,4$ años (rango 41-101), 51% varones. El índice de Barthel al ingreso fue de $38,1 \pm 29,2$ puntos (0-100), 47 pacientes eran PCC y 10 MACA. Los diagnósticos principales fueron infecciones respiratorias o urinarias en el 56% de casos y descompensación de una enfermedad cardíaca o respiratoria crónica en el 28%. El 36% de los pacientes vivían solos, el 33% no disponían de cuidador o éste era inadecuado, y en un 7% no había red social. El 79% de pacientes disponían de algún recurso activado previamente y un 21% no disponía de ellos, por lo que el servicio prestado fue mayoritariamente orientación/asesoramiento o continuidad asistencial. La estancia media fue de $5,4 \pm 2,8$ días (rango 1- 14), 59 enfermos fueron trasladados a un centro de subagudos y el reingreso al mes del alta fue del 13%.

Conclusiones:

Los problemas de salud en los pacientes de edad avanzada que ingresan en nuestra UCE comportan gran dependencia funcional. A pesar de disponer de familia que ofrezca soporte, se pueden producir angustias emocionales, lo que hace necesario la intervención de TSS.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

O-214

UNA EXPERIENCIA DE MEJORA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

I Virtus Aldanondo (1), A Zabaleta Basurto (2), A García Ramos (3), B Alberro Aranzasti (4), J Fernández Martínez (5), A Gabikagojeaskoa Beristain (6), M Rocha Llorente (1)

Emergencias Osakidetza. Donostia-Gipuzkoa

Palabras Clave: seguridad, mejora, emergencias

Objetivos:

Tanto en la toma de decisiones en los centros coordinadores como en la llegada de las ambulancias enviadas, la variable tiempo se constituye en un hándicap como para la asistencia de las enfermedades tiempo-dependientes como para la percepción del usuario de los sistemas médicos de emergencias. Tras un análisis epidemiológico y AMFE del proceso, realizado en 2010, se despliegan medidas orientadas a gestionar el error y disminuir su incidencia.

Material o pacientes y método:

Análisis aleatorio de 1403 movilizaciones de ambulancias realizadas en la Comunidad Vasca. Se adopta como variable dependiente la presencia de ubicación errónea. Variables independientes: territorio histórico, agencia que registra el incidente (112/SOS-Deiak o Emergencias de Osakidetza), lugar donde transcurre (vía pública vs domicilio), tipo de telefonía empleada, hora del día, día de la semana, tipo de comunicante (cualificado vs no cualificado) y motivo de la llamada. Se realiza comparación pre y post inclusión de recomendaciones.

Resultados:

La incidencia de ubicaciones erróneas es del 0,92%, si bien tras las medidas habitualmente utilizadas como barreras, esta tasa desciende al 0,49% (IC95%: 0,22%-1,00%) frente a una incidencia en 2010 del 2,22% (IC95%: 1,66%-3,01%). No se aprecia una frecuencia mayor de la esperada de identificación errónea, respecto a las variables analizadas.

Conclusiones:

La puesta en marcha de las recomendaciones realizadas tras el análisis epidemiológico de 2010 y el AMFE realizado en dichas fechas, han concluido en una importante disminución de la incidencia de ubicaciones erróneas de la urgencia. Las medidas implementadas, en ese sentido, han mostrado ser eficaces en la mejora de la seguridad de nuestros pacientes.

P-215

IMPLANTACIÓN EN EPES DEL SISTEMA DE DOBLE CHEQUEO ORAL Y ESCRITO: BUEN CAMINO PARA LA SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE

MM López Aguilar (1), I Molina Delgado (1), M Aranda Torregrosa (2), F Aranda Aguilar (1), J Borja Padilla (3), JC Galán Alcaide (1)

(1) 061, Servicio Provincial. Córdoba, (2) SC Assistant Sanctuary Care, Oxford, (3) 061 Servicio Provincial. Huelva

Palabras Clave: enfermero, técnica, metodología

Objetivos:

La seguridad del paciente es un componente de la calidad de la atención sanitaria y su objetivo es evitar daños accidentales. Los medicamentos constituyen el recurso terapéutico más utilizado en los países desarrollados. Los errores de medicación suponen un grave problema de seguridad clínica. En el ámbito de las emergencias extrahospitalarias, donde existen diversos factores adversos (patologías tiempo-dependientes, uso de medicamentos de alto riesgo, entorno hostil) los problemas se incrementan, por lo que la comunicación médico-enfermero resulta primordial.

Material o pacientes y método:

Hemos consultado los documentos relacionados con el tema de las principales agencias encargadas de la seguridad del paciente. También se realizaron búsquedas sobre revisiones sistemáticas en las que se evaluaran errores de medicación, principalmente en el medio extrahospitalario. Se han trabajado los incidentes y cuasi incidentes detectados, analizados y con acciones de mejora realizadas en nuestro medio.

Resultados:

La implantación del sistema de doble chequeo, uno oral, en el momento de la carga y administración del fármaco y otro escrito, antes de finalizar la historia clínica digital para confirmar que se ha reflejado todo el tratamiento administrado al paciente durante la asistencia antes de transferir al paciente a otros niveles asistenciales han ayudado a disminuir los errores de medicación y mejoran la seguridad del paciente en el ámbito extrahospitalario.

Conclusiones:

La unificación de protocolos dentro de un Servicio sanitario, junto con el uso de una misma guía de medicamentos y el doble chequeo oral y escrito, contribuyen a la disminución de fallos en la administración de medicación durante una asistencia.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

O-216

EVOLUCIÓN DE LA ASISTENCIA A LAS EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS. NUEVAS REALIDADES Y NUEVOS RETOS

J Mora Yélamos, F Roqueta Egea, A Olucha Cañizares, A Portabella Serra, M Sala Anglarill, M Soler Sellarés, J Casadevall Castella

Fundació Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. Manresa, Barcelona

Palabras Clave: atención de emergencias prehospitalarias, medicina de emergencias, análisis evolutivo

Objetivos:

La percepción actual de la sociedad y otros profesionales sanitarios sobre la naturaleza de la actividad diaria de los sistemas de emergencias extrahospitalarios (SEE) no suele coincidir con la de los profesionales asistenciales de estos SEE. Existen pocas publicaciones que objetiven la evolución temporal de su actividad y analicen los nuevos escenarios y las nuevas realidades. Su conocimiento objetivado es indispensable para adaptar los diferentes dispositivos a la realidad.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo de memorias anuales, acumuladas y los registros de una base del Sistema de Emergencias Médicas de Catalunya, en el periodo 1995 al 2014, analizando seis variables (activaciones con y sin asistencia, lugar de emergencia, patología, edad, altas *in situ* y traslados secundarios).

Resultados:

Se constata un incremento de activaciones totales (45%), de servicios nulos (64%), de emergencias en domicilio (57%) y en zonas sanitizadas (114%), de pacientes mayores de 70 años (26%), por patología médica (54%) y específicamente cardiovascular (75%), de las altas *in situ* (111%) y traslados secundarios (147%). Por contra objetivamos descenso en traumatismos en general (-40%) y por accidentes de tráfico (-52%). Los factores que han influido en estos cambios han sido tanto externos al SEE (sociodemográficos, normativa vial, mejora de carreteras, avances tecnológicos y terapéuticos...), como internos (protocolos de activación, asignación de recursos, nuevo modelo de emergencias, nuevos dispositivos y vehículos, despliegue de recursos...)

Conclusiones:

Las variables evaluadas muestran un cambio significativo en los escenarios de actuación de los SEE que precisan de un mayor conocimiento de la nueva realidad tanto en temas clínicos como de gestión. El soporte de las tecnologías de la información y la comunicación, una formación orientada y una estrecha colaboración entre diferentes niveles asistenciales así como una adaptación estructural operativa, tanto asistencial como de coordinación son imprescindibles para dar una respuesta adecuada.

P-217

SEGURIDAD EN PRESCRIPCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS EN URGENCIAS. ¿QUÉ ES MÁS IMPORTANTE?

V Martínez Martínez, E Jaén Bedate, L Jiménez Martínez, MA Lumberreras Castillejo, P López Cuartero, L Manrique Muruzábal, MT Fuentes Ochoa

Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra. Monteagudo, Navarra

Palabras Clave: seguridad, prescripción fármacos, administración fármacos

Objetivos:

El sector de urgencias y emergencias es un área de alto riesgo para la ocurrencia de efectos indeseables, debido a la rotatividad y dinámica de atención, por la gran demanda de pacientes, sobrecarga de trabajo, estrés profesional y ambiental. Multitud de estudios evidencian que los errores en la administración de fármacos repercuten negativamente en los indicadores de asistencia. La administración de medicamentos exige conocimientos específicos especializados, pero cualquier fallo durante esta actividad puede acarrear consecuencias fatídicas.

Material o pacientes y método:

Hoy día la realidad está en la discrepancia en la prescripción enfermera pero hasta ahora la administración de medicación y fluidoterapia es una actividad que compete al enfermero en el contexto de las intervenciones de lo que se llama "problemas de colaboración". Es por ello que nos encontramos en un punto de intersección entre nuestro trabajo y el de otro profesional, pero es evidente que somos los profesionales de enfermería quienes aplicamos la técnica y los conocimientos, lo cual no es menos importante que prescribir.

Resultados:

De ahí que la administración de fármacos sea un eslabón de gran importancia, igual o más que la prescripción, pues el hecho de que enfermería actúe en el final del proceso aumenta su responsabilidad en evidenciar e impedir fallos, ya que dicha acción de administrar es la última oportunidad de interrumpir el sistema, evitando aquellos errores que sucedieron en las primeras fases del proceso, tales como prescripción y cálculo de dosis.

Conclusiones:

De esta manera, para seguir el raciocinio lógico y garantizar la eficiencia y seguridad del paciente durante la terapia medicamentosa es imprescindible tener conocimientos como la mejor manera de evitar errores, tal y como dice el código de ética de los profesionales de enfermería, que debe prestar cuidados evitando daños bien sea por impericia, negligencia e imprudencia. Para ello, debe buscar fundamento teórico-práctico que ayude a estas actividades estando prohibido administrar medicamentos sin conocer su acción y sin asegurarse de los riesgos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-218

CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS MÁS FRECUENTADORES DEL SERVICIO DE URGENCIAS. PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES Y VALORACIÓN DE LA EFICIENCIA DE LA UNIDAD CLÍNICA

MG Pérez Carretero, JC Rojas Pichardo

UGC Camas. Sevilla

Palabras Clave: eficiencia, frequentadores, resolución

Objetivos:

Valorando la necesidad de analizar algunos parámetros de los usuarios atendidos en nuestra unidad y su posible modificación, se realiza una serie de auditorías internas que nos aporten datos suficientes para intentar intervenir sobre ellos.

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, derivaciones, patologías más frecuentes, tratamientos y adecuación de esos tratamientos al paciente, a su clínica, y resolución de casos, con valoración de reconsultas a la semana, por la misma patología.

Resultados:

AÑO 2012 El 55,7% eran mujeres. La edad media fue 35,22 años. La asistencia en el punto de urgencias en el 95% de los casos, en domicilio el 4,3%. Año 2011: el 59,8% a mujeres. La mayor frecuentación, se produce en el intervalo de 21-30 años, de 31-40 años. La asistencia en el centro es de un 95,9%, en domicilio 4,09%. Año 2010: 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. Datos analizados: Adecuación a la clínica, Adecuación al tto habitual, Interacción con el tto habitual Si 60,9%, 58,8%, 0,2%. No 1,7%, 1,8%, 73,6%. Sin datos 37,4%, 39,4%, 26,6%. La reconsulta a la semana, por el mismo proceso, es del 20,5%.

Conclusiones:

Año 2011, con un tamaño muestral de 818 pacientes, el motivo de consulta más frecuente fue la patología del aparato locomotor (18,8%), seguido de respiratorio (13,7%), ORL (12,7%) y digestivo (10,6%). El año 2012 con un tamaño de muestra de 697 usuarios, el motivo de consulta más frecuente fue la patología del aparato locomotor (15,2%), seguido de patología respiratoria (13,2%), ORL (12,8%), digestivo (9,2%). 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. La resolución del proceso oscila entre 79-80% de los casos.

P-219

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HUMS: ANÁLISIS DEL ÚLTIMO TRIMESTRE DE 2015

MR Martínez Herráez (1), MC Munuera Barahona (1), P 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 Villarobledo. Albacete

Palabras Clave: seguridad, evento adverso, riesgo

Objetivos:

Es necesario tener un punto de partida para poder trabajar en una buena gestión del riesgo y mejorar así la asistencia de los paciente atendidos en los SU. Desde el año 2010 en nuestro Servicio se realiza la recogida y análisis de las notificaciones de incidentes y eventos adversos. Anualmente se establece la línea de mejora sobre la que se va a trabajar y se implantan medidas destinadas a evitar que se repitan esos sucesos notificados.

Material o pacientes y método:

El grupo de seguridad clínica de Urgencias se encarga de recoger las notificaciones de los buzones instalados para este fin, así como la introducción de los datos en la base de datos y el análisis de los mismos. Una vez presentados los resultados en la Comisión de Calidad, se diseñan estrategias de mejora para evitar que se repitan estos incidentes y EA notificados con más frecuencia.

Resultados:

En el último trimestre del año 2015 se han recogido un total de 31 notificaciones, de estas 21 eran incidentes (67,7%) y 10 EA (32,25%). Relacionadas con la medicación el 54,38% (error de prescripción 90,80% y el error de administración 9,19%), con los cuidados el 3,22%, fallos diagnósticos 3,22%, técnicas de diagnóstico y tratamiento 9,67%, documentación clínica 9,67% y con el triaje 16,12%.

Conclusiones:

Tras analizar los datos anteriormente expuestos, desde la Comisión de Calidad se han tomado medidas dirigidas a disminuir los errores relacionados con la medicación, tanto con la prescripción como con la administración mediante la implantación de alertas informáticas. También se ha trabajado sobre el triaje, constituyéndose un grupo de trabajo de triaje con reuniones periódicas destinadas al estudio de medidas para mejorar en este aspecto. En el próximo análisis será cuando veremos si las medidas implantadas han ayudado a EVITAR o MINIMIZAR la aparición de nuevos eventos adversos/incidentes.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-220

PROFILAXIS DE TVP EN URGENCIAS. NO HAY QUE BAJAR LA GUARDIA

S Ramos López, J Alcaraz Martínez, AD Lluna Llorens,
I Medrano Morte

Hospital Morales Meseguer. Murcia

Palabras Clave: seguridad del paciente, urgencias hospitalarias, enfermedad tromboembólica

Objetivos:

Entre 2009 y 2011 se realizó un ciclo de mejora en el que se pasó de una tasa de profilaxis correcta frente a TVP (trombosis venosa profunda), en estos pacientes, del 74% al 92%. Este año se ha declarado un incidente de seguridad en un paciente con una fractura en el pie e inmovilizado con una férula.

Material o pacientes y método:

Se han revisado todos los pacientes con diagnóstico de fractura en extremidad inferior dados de alta en Urgencias en enero y febrero de este año para comprobar si se había pautado correctamente tratamiento profiláctico con heparina o no. Como fuente de datos se ha tomado el registro de casos de Urgencias y el informe de alta. Se han tomado datos de la localización de la fractura, inmovilización con yeso y tratamiento al alta. Se han revisado las indicaciones de la SECOT para profilaxis de TVP.

Resultados:

Se han revisado 37 casos con fractura en extremidad inferior y en 10 de ellos no se había pautado profilaxis. De estos, 8 pacientes tenían fractura en los dedos del pie y el tratamiento no incluía inmovilización de tobillo, por lo que según la última guía de la SECOT no había indicación clara de heparina. Solo dos casos, el caso detectado con TVP, y una fractura de rótula tenían indicación y no se había pautado (5,4% del total).

Conclusiones:

El manejo de la profilaxis ante TVP en pacientes con traumatismos en extremidades inferiores continúa siendo un riesgo en Urgencias que puede dar lugar a problemas de seguridad del paciente.

P-221

ESTUDIO DE LAS NECESIDADES DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA SALA DE OBSERVACIÓN

JF Peris Giner (1), LA Díaz Caldevilla (2), JC Medina Álvarez

(1) Hospital Universitario de Torrevieja. (2) Orihuela

Palabras Clave: necesidades familiares, cuestionario, necesidades percibidas

Objetivos:

A menudo la actividad en nuestros servicios de urgencias centrada únicamente en los pacientes olvida que los familiares de los pacientes son una parte importante en el proceso de la enfermedad. A partir de la década de los 70 Molter y Leske ponen en marcha los primeros cuestionarios Critical Care Familiars Needs Inventory (CCFNI) con la finalidad de tener una herramienta validada para medir estas necesidades en las unidades de críticos.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional realizado mediante encuesta a los familiares de 157 pacientes ingresados en la sala de observación del servicio de urgencias del hospital de Torrevieja durante los meses de diciembre de 2015, enero y febrero de 2016. Utilizamos el Cuestionario de Necesidades de los Familiares de los Pacientes en su versión breve de Harvey 1993 modificado por Gómez, Ballester y Gil en 2011. El cuestionario consta de 11 ítems con cuatro respuestas posibles.

Resultados:

Se realizaron 157 encuestas. En los ítems que recogen la percepción de la atención médica al paciente las respuestas 1 y 2 supusieron el 93 % de las respuestas, lo que supone un alto grado de valoración. En los ítems que recogen la comunicación e información las respuestas 1 y 2 supusieron el 86% suponen igualmente un alto grado de valoración. Los ítems que recogen la atención a los familiares son los peor valorados, siendo las respuestas 3 y 4 el 46%. Igualmente las posibilidades de mejora percibidas también son un área menos valorada, siendo las respuestas 1 y 2 solo el 39%.

Conclusiones:

Los resultados obtenidos son superponibles a los trabajos publicados (S. Gomez Martínez, An. Sist. San. Navar. Vol 34 n°3) (I. Santana Cabrera Med. Intensiva v.31 n.6 Madrid ago.-sep. 2007). La percepción que tienen los familiares de la atención médica así como de la comunicación e información es altamente valorada. Se identifica como área de mejora la atención personal a los familiares de los pacientes.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-222

IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLO DE PETICIÓN DE PROTEÍNA C REACTIVA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ALMANSA

C Alfaro Gómez, J Monedero la Orden, E Gómez Cuenca, S Gómez-Biedma Gutiérrez, A Blanco Gómez

Hospital General de Almansa. Albacete

Palabras Clave: proteína C reactiva, sepsis, infecciones del sistema respiratorio

Objetivos:

Entre las pruebas de laboratorio que se han ido incorporando a Urgencias esta la proteína C reactiva, determinación que se ha incrementado de forma exponencial en nuestro hospital sin relación directa con el aumento de demanda asistencial. La determinación de la PCR es una prueba con grandes limitaciones formando parte junto con otras sustancias de la respuesta inflamatoria inespecífica en fase aguda.

Material o pacientes y método:

Cada supuesto sería solicitado en la hoja normal de petición de laboratorio de urgencias mediante los siguientes epígrafes manuscritos en esta: 1: Paciente pediátrico con sospecha de infección PCR 2: Paciente ingresado en el área de observación con sospecha de sepsis o shock PCR 3: Infección del tracto respiratorio inferior si se va a cambiar la actitud terapéutica PCR 4: Valoración de un posible origen infeccioso o inflamatorio de una patología de mas de 12 horas de evolución a criterio médico.

Resultados:

Durante el primer año de la implantación del protocolo de petición se realizaron 607 determinaciones de PCR, en comparación a las 3963 que se realizaron durante el mismo periodo del año anterior, un 84 % menos, pasando de obtener unos valores de PCR significativos (>40 mg/L) del 32 % en el año anterior a un 47% tras la instauración del protocolo.

Conclusiones:

Estableciendo un sencillo protocolo de petición de esta prueba en las Urgencias del Hospital General de Almansa, adecuándola a los supuestos donde es útil al facultativo Urgenciólogo, hemos conseguido un descenso muy importante de la petición de dicha prueba y un importante ahorro de costes de laboratorio.

P-223

LLAMADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS DE CASTILLA Y LEÓN EN EL AÑO 2015

M Gómez-Escolar Pérez (1), MM Morán Díaz (1), A Benito Justel (2), J Martínez Bausela (1), J Abia González (1), JA Bañares Agustín (1), JJ García Cortés (1)

(1) Centro Coordinador de Urgencias de la Gerencia de

Emergencias Sanitarias de Castilla y León. Valladolid,

(2) UME Miranda de Ebro. Valladolid

Palabras Clave: teléfono, patología, urgencias médicas

Objetivos:

El Centro Coordinador de Urgencias sanitarias de Castilla y Leon (CCU-Sacyl) constituye el eje principal del servicio de Emergencias Sanitarias. Es el encargado de proporcionar la respuesta más adecuada a las demandas de atención de los ciudadanos. En Castilla y León existe un único CCU ubicado en Valladolid, integrado en el Centro Coordinador del Servicio de Emergencias de Castilla y León 1-1-2.

Material o pacientes y método:

Se diseña un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de las llamadas gestionadas por el CCU del 1 de enero al 31 de diciembre del año 2015.

Resultados:

El CCU recibió en 2015 una media de 1266 llamadas al día. Se gestionaron 462246 llamadas, de las que 250866 correspondieron a demanda asistencial. De éstas últimas el 85% supusieron movilización de recursos y el 15% fueron resueltas por los reguladores sanitarios telefónicamente. El tipo de patología por el que se demandó asistencia fue en un 34,85% peticiones de recurso por orden médica (PET), en un 12,22% por accidentes, en un 11,38% fueron prestaciones especiales (consultas tanto pediátricas como de adultos, preventivos, rescates?), en un 12,4% patología neurológica y de los órganos de los sentidos, en un 7,19% por dolor, en un 3,96% respiratoria, en un 3,11% psiquiátrica, en un 1,78% digestiva, en un 1,61% por intoxicaciones, en un 1,26% por hemorragias, en un 0,48% endocrinológica, en un 0,29% cardiológica, en un 0,28% se clasifica como desconocida, en un 0,19% oncológica, en un 0,18% enfermedades pediátricas, en un 0,13% obstétrica, en un 0,001% por cuerpos extraños en cavidades y el resto de patologías en un 8,48%.

Conclusiones:

La mayor parte de las llamadas de demanda asistencial se producen en relación a peticiones de recursos por orden médica, seguidas de las ocasionadas por todo tipo de accidentes (tráficos, laborales, deportivos).



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-224

DIAGNÓSTICOS DE URGENCIAS. ¿COINCIDEN CON LOS DIAGNÓSTICOS AL ALTA HOSPITALARIA?

M Cascales Sánchez (1), S Ramos López (2), M Muñoz Ayuso (3), E García Alfocea (3), R Pérez Costa (4), F Guirao Salinas (4), I Martínez Nicolás (4)

Hospital Morales Meseguer. Murcia

Palabras Clave: diagnóstico, servicio de urgencias, alta hospitalaria

Objetivos:

En situaciones de Urgencias es difícil establecer un diagnóstico preciso y se tiende a establecer diagnósticos sindrómicos o síntoma o patología a estudio. En este estudio comparamos el diagnóstico en Urgencias al ingresar el paciente con el diagnóstico final de planta después de varios días de ingreso.

Material o pacientes y método:

Se incluyeron todos los ingresos generados durante cinco días elegidos al azar en Diciembre 2015. Las variables estudiadas fueron la edad y el sexo, diagnóstico al ingreso y al alta, días de estancia hospitalaria, servicio de ingreso y motivo del alta. Se realizó estadística descriptiva, tablas de contingencia, y comparación de medias.

Resultados:

El mes de Diciembre acudieron a urgencias 7031 pacientes, de los cuales ingresaron 933 (13,27%). Se analizaron los pacientes ingresados durante cinco días elegidos al azar (150 pacientes). La edad media fue $69,11 \pm 18,98$ (mínimo 16, máximo 96). El 47,3% eran hombres y 52,7% mujeres. El tiempo medio de estancia hospitalaria fue $7,41 \pm 5,04$ días (Mínimo 1, máximo 30). Los servicios con mas ingresos fueron medicina interna (30%), cirugía (10%), cardiología (8,7%), unidad de corta estancia (8%) y traumatología (8%). El alta hospitalaria fue por mejoría en el 88%, exitus 8,7% y traslados a otros hospitales 1,3%. Un 2% fueron altas voluntarias o fugas. El diagnóstico mas frecuente neumonía (14%), reagudizaciones de EPOC y otras infecciones respiratorias 8%, infecciones urinarias 6%, fracturas 6%, síndrome coronario agudo 4,66%, insuficiencia cardiaca 4% e insuficiencia renal aguda 3,33%. Hubo coincidencia en el diagnóstico en el 66% de ingresos. La coincidencia en los diagnósticos no dependía ni de la edad ni del sexo. Si hubo relación entre la edad con el servicio de ingreso ($p < 0,05$) y con los días de estancia hospitalaria.

Conclusiones:

1. Hubo coincidencia en el diagnóstico en el 66% de los casos. 2. Los diagnósticos mas frecuentes de ingreso fueron procesos infecciosos (neumonía, infecciones respiratorias y urinarias). 3. Los servicios con mas ingresos fueron medicina interna y cirugía. 4. La estancia media hospitalaria fue de 7 días.

P-225

CUMPLIMENTACIÓN DE INFORMES CLÍNICOS DE RESIDENTES DE PRIMER AÑO

R Rojas Luán, A Cantero Sandoval, JM Marín Martínez, M Lozano Espinosa, A Hernández Molina, E Quero Motto, A Garví Ruiz

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Palabras Clave: medical records, patient safety, legal

Objetivos:

La cumplimentación de los informes clínicos deben ser un resumen de la atención recibida por el paciente. Estos están formados por ítems obligatorios a cumplimentar por el médico responsable del paciente. Su correcta cumplimentación es parte de una buena práctica clínica ya que contribuye a la seguridad del paciente y a poder valorar la calidad de su atención.

Material o pacientes y método:

Se revisaron un total de 81 informes clínicos que correspondían a 21 residentes de primer año (3 informes clínicos por cada residente) durante el segundo semestre de 2015. Los informes se escogieron de manera aleatoria.

Resultados:

Se revisaron los ítems obligatorios para los informes clínicos dando como resultados lo siguiente: Motivo de consulta = 96.3% AP=97.6% Anamnesis= 97.6% Ex física= 97.6% Constantes=65,5 % P complem = 86.5% Evolución= 63% Dx principal: 98.8% Dx secundarios: 23.5% Tto al alta= 95.1% Medico residente = 100% CM= 14.8% Medico adjunto=56.7%.

Conclusiones:

Al revisar la cumplimentación de los ítems se evidencia que es baja para constantes (65.5%), evolución (63%) y diagnósticos secundarios (23.5%) a pesar de la importancia y obligatoriedad de los mismos. La firma de los informes clínicos por parte de los residentes de primer año fue 100% indicando la colegiatura médica en el 14.8% y en ninguno se indicó DNI en su defecto. Se evidenció que el 56.7% de los residentes de primer año firmaba con un adjunto como lo disponen la ley. Por lo que debemos iniciar un ciclo de mejora.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-226

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS. COMPARATIVA DE RESULTADOS. AÑOS 2014-2015.

P Cuadra Giménez, MR Martínez Herráez, MC Munuera Barahona, L Usieto López, MT Fernández Letamendi, AC Cabistany Esqué, AM Díaz de Tuesta Chow-Quan

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Palabras Clave: evento adverso, seguridad del paciente, sistema de notificación

Objetivos:

El sistema de notificación de incidentes y eventos adversos (SNIEA) es una buena herramienta para detectar puntos débiles del sistema en casos en los que no se produce daño, pero que potencialmente pueden causarlo si no se ponen medidas para evitarlos.

Material o pacientes y método:

En nuestro servicio hay dos buzones en zonas estratégicas donde el personal sanitario puede depositar sus notificaciones de incidentes o eventos adversos. Se recogen dichas notificaciones y se registran en una base de datos, exponiendo los resultados en la comisión de calidad del servicio y después al resto del servicio de urgencias. Los resultados del año 2015 se comparan con los resultados recogidos y analizados de 2014.

Resultados:

Se recoge menor número de notificaciones en 2015 (26 versus 32). Eventos adversos: 2 en 2015, 4 en 2014 (proporción en 2014 12,5%, 2015 7,7%). En 2015 el 88,4% están relacionados con la medicación (91,3% de ellos con la prescripción), el resto con técnicas de diagnóstico y tratamiento (TDT), en 2014 el 65,6% relacionados con la medicación (81% prescripción), 18,75% con TDT, 9,3% con documentación clínica y 3,125% con triaje. El 88,4% en sala de observación (SO) en 2015 respecto al 62,5% de 2014, con 25% en boxes y 9,375% en vitales. Sin diferencias en turno y día. En 2015 el 92,3% no sufrió daño, un paciente síntomas leves y otro prolongación de estancia hospitalaria. En 2014 el 75% no sufrió daño, el 21,875% síntomas leves y un paciente daño físico.

Conclusiones:

En cuanto a los resultados en 2014 y 2015, son similares. A destacar que no se han producido eventos centinela. Una explicación podría ser el éxodo masivo de personal de enfermería a otros servicios, y la consiguiente entrada de personal nuevo, desconocedor de las actividades de seguridad del paciente que se llevan a cabo en el servicio. Consideramos que debemos retomar las charlas informativas y formativas en seguridad del paciente y reevaluar la efectividad del SNIEA en unos meses.

P-227

REDUCCIÓN DE FATIGA POR ALARMA Y MEJORA DE USO DE DISPOSITIVOS DE ALERTA EN URGENCIAS

J Alcaraz Martínez, S Ramos López, E Morales Vázquez, E Martínez Fernández, P Bosque Lorente, B Soto Castejón

Hospital Morales Meseguer. Murcia

Palabras Clave: seguridad del paciente, urgencias hospitalarias, alarmas

Objetivos:

En el año 2013, la Joint Commission emitió una alerta sobre el uso de alarmas en Urgencias. Tras detectar algún incidente de seguridad en la UCI y Urgencias relacionado con alarmas de monitores, se decidió poner en marcha medidas para reducir este riesgo.

Material o pacientes y método:

Siguiendo las indicaciones de la propia Joint Commission y de la Association for the Advancement of Medical Instrumentation (AAMI), en las que se dan pautas de actuación para evitar el sonido continuo de alarmas en las salas de observación, que hacen que sean adoptadas como ruido de fondo y no se preste la debida atención, se decidió crear un grupo de trabajo para mejorar su seguridad. Este grupo está formado por adjuntos y personal de enfermería del servicio de Urgencias.

Resultados:

Se ha realizado un protocolo de uso de alarmas donde se limita su uso en determinadas patologías, se indica como ajustarlas según las condiciones del paciente y se establecen responsabilidades sobre su ajuste, atención y revisión. Se ha establecido un cronograma de revisiones periódicas y diarias de los monitores. Se han elaborado folletos explicativos a pie de cama y se ha programado la difusión de estas acciones.

Conclusiones:

Se han realizado todas las acciones que se aconsejan para evitar que las alarmas estén continuamente dando falsas alertas y se produzca la llamada fatiga por alarma.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-228

LA INTERCONSULTA EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

M Bentio Lozano, C Gironés Bredy, L Travería Becker, MA Jurado Sánchez, A López Hernández, M Expósito Rodríguez, G Burillo Putze

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna S/C de Tenerife

Palabras Clave: interconsulta, gestión clínica, urgencias

Objetivos:

La Interconsulta (IC) es una herramienta importante en el proceso asistencial de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH). Existen pocos estudios sobre las IC, en su mayoría de USA y Canadá. Sólo se han identificado en revisiones sistemáticas 12 estudios observacionales con 13.000 pacientes (Lee RS, Emerg Med J 2007). En España sólo aparece en las bases bibliográficas un único estudio sobre IC en un SUH (Busca et al, Eur J Emerg Med 2014).

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo observacional de los pacientes del SUH a los que se realizó una IC intrahospitalaria por parte del MUH, entre enero de 2013 y diciembre de 2014. Se analizaron los tiempos de asistencia y de respuesta a las IC, servicios clínicos implicados, destino del paciente (devolución a Urgencias, ingreso, alta), reingresos a las 72 horas y datos demográficos. Se usó el Test de la Chi cuadrado para comparar proporciones, y el test U de Mann-Whitney para comparar dos grupos independientes (p 0,05 como significativa).

Resultados:

Nuestro porcentaje de resolución sin concurso de otros especialistas se asemeja a los de Lee en USA y de Busca et al. el (20%). El concepto ¿alta? no significa necesariamente interconsulta in justificada, bien porque se necesita la IC por normativa (psiquiatra en caso de autolisis), por la necesidad de pruebas complementarias específicas (ecocardiografía, prueba de esfuerzo, etc). La falta de codificación diagnóstica dificulta un análisis más profundo de la gestión clínica de Urgencias.

Conclusiones:

Los médicos de urgencias presentan una alta resolutiveidad en su trabajo. Mas formación en técnicas permitiría aumentar la misma. Es preciso más estudios que sirvan para fijar el nivel adecuado de interconsultas sin resultado de ingreso.

P-229

FACTORES PREDICTORES DE HIPERFRECUENTACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA EN UNA MUESTRA DE PACIENTES FIDELIZADOS EN URGENCIAS HOSPITALARIAS (FIDUR-AP)

C Fernández Alonso (1), JM Aguilar Mulet (2), R Romero Pareja (3), A Rivas García (4), ME Fuentes Ferrer (1), JJ González Armengol (1)

(1) Hospital Universitario Clínico San Carlos, (2) Hospital Universitario de La Princesa, (3) Hospital Universitario de Getafe, (4) Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Palabras Clave: servicios de salud, urgencias médicas, atención primaria de salud

Objetivos:

En el momento actual existe una gran preocupación en mantener de forma sostenible nuestro sistema sanitario. Los servicios de Atención Primaria y Urgencias juegan un papel determinante en el elevado nivel de eficacia y eficiencia de nuestro sistema público. El fenómeno de la frecuentación suscita un interés creciente en nuestro entorno, no habiéndose referenciado hasta el momento estudios que caractericen al paciente hiperfrecuentador en distintos niveles asistenciales.

Material o pacientes y método:

Estudio de cohorte retrospectivo que seleccionó a pacientes HF en el SUH incluidos en el registro FIDUR entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2013 y en los que se disponía del dato de visitas a AP. Se analizó la muestra en función de presentar al menos 10 episodios abiertos en AP. Análisis estadístico spss 20.0.

Resultados:

Se analizó una muestra de 1284 pacientes del registro FIDUR procedentes de 14 hospitales públicos de la CM con edad media de 54 años (DE: 21). 727 (56,6%) mujeres y 557 (43,4%) hombres. Se registró una mediana de 11 (9-13) visitas por paciente en el SUH y de 6 (3-12) episodios abiertos en AP. En el grupo de pacientes no HF en AP se registraron 861 (67,1%) pacientes con 4 (2-6) episodios registrados en AP. En el grupo HF en AP se incluyeron 423 (32,9%) con 16 (12-25) episodios codificados en AP durante el periodo de estudio. Factores independientes predictores de HF en AP: edad > 65 años (OR: 1,51, IC95%: 1,07-2,13, p=0,019), deterioro cognitivo (OR: 1,63, IC 95%: 1,01-2,65, p=0,049), número de fármacos >3 (OR: 1,56, IC 95%: 1,06-2,30, p=0,025) y vivir en su domicilio (OR: 3,05, IC 95%: 1,14-8,16, p=0,026).

Conclusiones:

Entre los pacientes HF en los SUH, el hecho de ser mayor de 65 años, tomar ≥3 fármacos, padecer deterioro cognitivo y, sobre todo, vivir en el domicilio habitual se consideran factores predictores de ser HF también en AP.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-230

MEJORA DE LA EFICIENCIA EN LA ATENCIÓN A LAS EMERGENCIAS COMPLEJAS Y CRÍTICAS SEGÚN EL TIPO DE HOSPITAL

E Moreno Millán (1), M Cid Cumplido (1), JM García Torrecillas (2), F Prieto Valderrey (1), J Villegas del Ojo (1)

(1) Hospital Santa Bárbara, Puertollano, (2) Centro Hospitalario Torrecárdenas. Almería

Palabras Clave: gestión, eficiencia, estancia

Objetivos:

La atención crítica es técnicamente efectiva pero consume muchos recursos, tiene limitaciones específicas y está en progresivo incremento de utilización y costes. La eficiencia es la consecución de mayor o mejor output con igual input o realizado en menor tiempo, por tanto valorando la estancia como proxy del coste directo, dependiendo de factores clínicos, institucionales, sociales y profesionales una menor permanencia hospitalaria supondrá menor coste empleando los mismos recursos y un aumento de aquélla. Es difícil de medir por existir distintos case-mix, modelos, infraestructuras, tecnologías, staff y ser unidades de coste no finalistas. En la atención a las emergencias críticas es fundamental mayor colaboración entre servicios y profesionales (Urgencias y UCI), evitando compartimentación pero manteniendo siempre autonomía gestora de ambos departamentos.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo, transversal y observacional de 10 grupos de diagnóstico relacionados (GDR), ámbito España, según CMBD 2014, sobre todos los episodios de GDR 115, 116, 121, 122, 127, 475, 483, 544, 584 y 794, analizando descriptivamente variables demográficas (edad, género), clínicas (mortalidad) y de gestión (estancia, tamaño de hospital), y regresión con relación a tipo de hospital (H1, general pequeño, H2, general mediano con UCI, H3, especialidades, H4, referencia), utilizando SPSS v.18, significación para $p < 0.05$. Limitaciones propias de los GDR.

Resultados:

243.598 episodios, edad media $71,82 \pm 12,56$ (18-109), peso relativo medio $2,187 \pm 0,342$, coste medio $4076,42 \pm 1505,87$, género 51,7% varones, procedencia 86,7% Urgencias (PU), 13,3% Resto (PR), estancia media $7,22 \pm 7,01$ PU / $9,15 \pm 8,78$ PR, mortalidad 7,4% PU / 10,1% PR. Todos los GDR analizados presentaban significativamente menores estancia y mortalidad en los PU de H1 y H2, excepto en uno de ellos.

Conclusiones:

Precocidad en asistencia, humanización de relaciones interpersonales y apertura de actividades de UCI facilitan la consecución de mejores resultados clínicos y gestores (menores estancia media y mortalidad), favoreciendo mayor eficiencia en hospitales generales pequeños/medianos, con optimización de relaciones profesionales entre Urgencias-UCI, aunque manteniendo la autonomía gestora de ambos servicios.

P-231

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL TRIAJE DEL SERVICIO DE URGENCIAS

S Rubio Gómez, J Polo Sabau, N Bravo Martín, D Blanes Jacquart, I Carrillo Acosta, J Bolaños Guedes

Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Palabras Clave: triaje, dolor, analgesia

Objetivos:

Los pacientes atendidos en Urgencias sufren con frecuencia las consecuencias de la oligoanalgesia (ausencia, insuficiencia o retraso en el tratamiento sintomático del dolor). Se han implantado en nuestro centro distintas herramientas logísticas y divulgativas para procurar reducir este fenómeno.

Material o pacientes y método:

Revisión retrospectiva de pacientes atendidos en Urgencias desde octubre a diciembre de 2015 a partir del registro informatizado de sus historias clínicas.

Resultados:

Del total de 36970 urgencias atendidas (13.6 % menores de 18 años, 45 % varones) se registró la intensidad del dolor en el triaje en 19810 (53.6 %). El dolor fue leve (EVA 0 a 3) en 17975 pacientes (90.1 %), moderado (EVA 4 a 7) en 1444 (7.3 %) y severo (EVA 8 a 10) en 391 (2.0 %). No hubo diferencias significativas con respecto al sexo o los grupos de edad. El 23 % de los pacientes EVA registrada presentaban un motivo de consulta por el que el sistema informático no obligaba a rellenar dicho campo. Los motivos de consulta más frecuentes fueron traumatismo de miembros inferiores ($n=2116$), dolor abdominal ($n=1986$), dolor articular ($n=1816$) y traumatismo en miembros superiores ($n=1726$). En los dolores severos los más frecuentes fueron dolor abdominal ($n=94$), dolor en fosa renal ($n=77$), traumatismo en miembros superiores ($n=39$) y cefalea ($n=28$). En el 95.1 % de los dolores severos se solicitó valoración médica inmediata. En 130 pacientes (1 %) se administró analgesia por parte del personal de triaje, siendo los fármacos más empleados el Ibuprofeno oral (35.4 %) y el Paracetamol oral (31.5 %).

Conclusiones:

A pesar de las medidas instauradas, sigue habiendo una gran proporción de pacientes en los que no se registra la variable del dolor (?quinta constante?) ni se administran analgésicos en el triaje. No obstante, la gran mayoría de los dolores severos reciben valoración médica rápida para la instauración precoz de analgesia.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-232

INICIATIVA DE MEJORA DEL MANEJO DEL ANGIOEDEMA AGUDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

T Escolar Martínez-Berganza, D Sáenz Abad, JM Abascal Roda, A Cantín Golet, C Lahoza Pérez, M Rivas Jiménez, S Castán Ruiz

Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza

Palabras Clave: angioedema, algoritmo, tratamiento

Objetivos:

El angioedema, se está convirtiendo en un problema creciente, estimándose que el 20% de la población experimentará un episodio en algún momento de su vida. El interés de esta enfermedad radica en la heterogeneidad y en la gravedad potencial del cuadro clínico, y en la necesidad de un tratamiento precoz y específico. En el servicio de urgencias el médico debe guiarse únicamente por la historia clínica y la exploración física, para establecer un diagnóstico de sospecha y administrar un tratamiento adecuado. Esto puede llevar a una variabilidad en el manejo de estos pacientes y demoras innecesarias en la aplicación del tratamiento. Para disminuir esto se propuso la elaboración de un protocolo de manejo.

Material o pacientes y método:

Se elaboró un protocolo de manejo del angioedema agudo en Urgencias, con un algoritmo de decisión diagnóstico-terapéutico, contrastado con la evidencia científica actual.

Resultados:

Se dispone de datos previos a la realización del protocolo y posteriores a la puesta en marcha del mismo como prueba piloto. Los datos corresponden a una muestra de 55 casos previa y 55 casos en los que se siguió el protocolo a modo de prueba piloto. Tras la difusión inicial del mismo en el servicio de urgencias se observa como un mayor porcentaje de pacientes triados como angioedema a su llegada a urgencias, son clasificados como un nivel más prioritario de asistencia y consecuentemente una disminución del tiempo que el paciente tarda en ser valorado por un facultativo. También se observó, tras la prueba piloto, una disminución en la solicitud de radiografías en este tipo de pacientes y un aumento en el número de recetas dispensadas al alta.

Conclusiones:

Tras la prueba piloto, mejoró la concienciación de los profesionales de la gravedad de esta entidad y la necesidad de un tratamiento precoz. Además se optimizó el consumo de recursos.

P-233

ANÁLISIS DE LA DISTRIBUCIÓN DE RRHH EN CASTILLA-LA MANCHA

M Díaz Chaves, J Marín Martín, A Plaza Montoro, D Jiménez Marín, F Santiago Cid, R Sánchez Bermejo, E Jiménez Luján

Hospital Ntra. Sra. del Prado de Talavera de la Reina. Toledo

Palabras Clave: recursos, humanos, SESCAM

Objetivos:

Ante la situación actual de los servicios de salud públicos en la que continuamente veíamos durante los últimos años recortes, servicios saturados, déficit de personal, etc, se planteó la duda de si esta situación sería igual en todas las gerencias de nuestra región, y de si esta distribución de recursos se realizaría de forma proporcionada en todas las áreas de salud.

Material o pacientes y método:

Durante el primer trimestre de 2015, recurrimos a los datos públicos de fuentes oficiales mas actualizados que fueron el CNH 2013, las PO del SESCAM 2014 y el Informe de Población de Áreas de SESCAM 2013. Se realizó un análisis comparativo de los datos obtenidos con el fin de enfrentar los RRHH y RRMM disponibles en varias categorías entre todas las áreas del SESCAM, siempre teniendo en cuenta para el análisis el número de habitantes al que se destinan esos recursos.

Resultados:

Los resultados que nos encontramos, fueron en gran parte sorprendentes, ya que existían unas diferencias significativas que habitualmente suponían el doble de recursos asignados entre zonas, llegando a casos extremos en los que los recursos asignados en determinadas zonas quintuplicaban los asignados a otras, lo que teóricamente se traduce en una merma en la atención de parte de los ciudadanos de Castilla-La Mancha.

Conclusiones:

Existe una distribución patentemente desproporcionada de los servicios sanitarios.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-234

¿NOS DECIMOS TODA LA VERDAD EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS? TRANSFERENCIA Y OPTIMIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

I Bañó Alba (1), P Javaloyes Victoria (2), P Llorens Soriano (3), I Miguens Blanco (4), S Guzmán Martínez (4), T Pietrosanto (4), MD Jodar (4)

(1) Hospital Vinalopó Salud. Eche, (2) Hospital Vega Baja. Orihuela, (3) Hospital General Alicante, (4) Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Palabras Clave: transferencia, optimización, urgencias

Objetivos:

Transferencia (turfing) se ha definido como encontrar cualquier excusa para ¿derivar? o ¿pasar? un paciente a un servicio distinto u a otro compañero del mismo servicio?, generalmente con el fin de evitar el ingreso o el alta de dicho paciente por el médico responsable inicial. Optimizar (optimizing) se define cuando el médico relata la enfermedad del paciente para que implique la posibilidad de la existencia de un proceso que conlleve la realización de una pruebas diagnósticas. Existen escasas publicaciones, raramente es un tema tratado abiertamente en debates y es conocido su impacto negativo en la atención del paciente en los servicios de urgencias (SU).

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo a nivel nacional mediante una encuesta vía online a nivel nacional para especialistas de medicina de urgencias y emergencias y médicos residentes que realizaba guardias en el SU.

Resultados:

De los 164 facultativos que participaron en el estudio el 80,5% fueron médicos adjuntos. El 89,6 % creen que existe transferencia-optimización en el SU donde trabajan. La especialidad a la que se realiza más optimización es radiodiagnóstico con un 64,4%. Un 74,7% piensa que es un problema que afecta negativamente a los SU. Un 54,1% de facultativos se sienten obligados a realizarlos. Un 23,4 % ha realizado alguna vez transferencia a compañeros y un 80,6 % reconoce que se la ha realizado alguna vez. No hay diferencias entre médicos adjuntos y residentes en cuanto a la realización de estos procesos, 22,4 frente 25,9 % respectivamente, OR 0,8 (0,3-2,1), p=0,69. Un 72,6 % cree que mejorarían estos procesos con sesiones conjuntas entre servicios.

Conclusiones:

El grado de transferencia-optimización es elevado y afecta al correcto funcionamiento de los SU. Este problema se podría mejorar aumentando la comunicación entre los facultativos del SU y entre el SU con el resto de servicios.

P-235

ENFERMERÍA EN EL PROTOCOLO DE RECEPCIÓN DE PACIENTE EN EL HELIPUERTO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES

O Senin Martín (1), B López Lesmes (2), M Riquelme Alfaraz (3), E Rodríguez Rodríguez (3), R Ramos Gómez (4), R Cuñado Cerro (4)

(1) Hospital Universitario Cruces, (2) Hospital Universitario Cruces, (3) Medical DOM, (4) Hospital de Laredo. Vizcaya

Palabras Clave: helicóptero, paciente, urgencias médicas

Objetivos:

En el año 2011 se inaugura la infraestructura del helipuerto del Hospital Universitario de Cruces, dotándole así de un valor añadido y mejorando la asistencia sanitaria del paciente crítico que llega trasladado en helicóptero. Esta mejora ha supuesto un nuevo reto para el equipo de urgencias generales, ya que hasta entonces el paciente crítico llegaba en ambulancia medicalizada, realizándose un trasvase del paciente en un helipuerto cercano. Para ello se creó un protocolo de actuación interno con las pautas generales para la recogida y el acceso al helipuerto. Vemos la necesidad de crear un protocolo rápido que resuma y en el que se plasme de forma clara y concisa el procedimiento a seguir en caso de aviso, por parte del centro coordinador de emergencias, de la llegada de un paciente crítico en helicóptero.

Material o pacientes y método:

Mediante la revisión de datos bibliográficos y estadísticos, proponemos un protocolo sencillo para el conocimiento del protocolo de acogida de paciente crítico en el helipuerto del Hospital Universitario Cruces.

Resultados:

Gracias a la elaboración y difusión del protocolo en el servicio de urgencias por medio de sesiones formativas, reuniones con supervisión y la propia elaboración del poster, se espera conseguir una estandarización de cuidados de enfermería ante esta situación crítica. Dicho plan es aplicable, entendido y asimilado por todo el personal que trabaja en el servicio de urgencias médicas.

Conclusiones:

Este nuevo reto para el equipo de urgencias implica un compromiso del personal por conocer y seguir de manera estricta el protocolo, así como por cumplir las normas básicas de seguridad en el helipuerto. Es un trabajo en equipo que ha de ser seguro, rápido y coordinado, sólo de esta forma se logrará una actuación eficaz velando siempre por el bien del paciente y nuestra seguridad física.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-236

COMPETENCIAS DEL ENFERMERO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

B González Ariza (1), C Brosed Yuste (2), F Gracia Federico (3), C García Serrano (3), G Alonso Esteban (4), V Barrero Muñoz (5), G Sarsa Garrido (6)

(1) Hospital Ernest Lluch, (2) O61 Zaragoza, (3) Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza, (4) Hospital Clínico Universitario. Zaragoza, (5) Refuerzo Mequinenza, (6) MyTT asesores. Zaragoza

Palabras Clave: educación basada en competencias, perfil laboral, recursos humanos

Objetivos:

El servicio especial de urgencias y emergencias ofrece asistencia multidisciplinar, cumpliendo unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas. Las competencias relacionadas con los conocimientos, habilidades y actitudes, son las técnicas disciplinares, las habilidades para algunos procesos y las actitudes, principios, tendencias y compromisos del servicio urgente/emergente

Material o pacientes y método:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Medline, Nure, Cuiden y Cochrane extrayendo los datos más relevantes. También se revisó páginas web de sociedades relacionadas con urgencias y emergencias, SEMES, SEUE y SEMICYUC.

Resultados:

Conocimiento. Curso de triaje recepción acogida e información del servicio. Protocolos de cuidados del paciente crítico. Manejo de aparataje de urgencias. SVB y SVA. Legislación sanitaria básica y organización del servicio. Educación sanitaria y comunitaria. Conocimientos básicos de calidad. Bioética y seguridad del paciente. Informática (PCH, triaje, intranet). Inglés técnico básico. Gestión y dirección equipos de trabajo. Técnicas de vendaje. Cirugía menor. Formación y organización de alumnos. Congresos y sociedades científicas. Habilidades. Intervenciones de urgencias básicas y avanzadas. Manejo de nuevas tecnologías relacionadas con el servicio. Gestión y organización de camas. Cuidados de enfermería. Toma de decisiones rápida y control de las emociones. Resolución rápida de problemas. Capacidad de diagnóstico y análisis. Relaciones interpersonales y grupales. Capacidad de análisis y síntesis del trabajo. Capacidad de cambio. Adecuada utilización de los recursos disponibles. Capacidad docente. Técnicas básicas de investigación y divulgación. Buen afrontamiento al estrés. Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre. Técnicas de comunicación. Habilidad negociadora y diplomática. Habilidades psicológicas frente al duelo.

Conclusiones:

La búsqueda fue más productiva en el campo universitario y en protocolos de los diferentes hospitales de España. Tanto las capacidades como las habilidades del enfermero de urgencias demuestran una alta relación con la adaptación del trabajo en un ambiente de incertidumbre y estrés.

P-237

LA ENFERMERÍA DE CENTRO COORDINADOR DE SUMMA 112, BASE DEL SISTEMA DE ALERTAS RÁPIDAS EN SALUD PÚBLICA

P Fernán Pérez, ML Domínguez Pérez, R Abejón Martín, Y Castillo González, L Ávila Fernández, A Fernández Benítez

SUMMA 112. Madrid

Palabras Clave: prevención de enfermedades transmisibles, salud pública, Ébola virus

Objetivos:

La salud pública es la disciplina encargada de la protección de la salud a nivel poblacional, para que todos los profesionales sanitarios de la Comunidad de Madrid dispongan en todo momento la información necesaria para poder detectar rápidamente y responder con prontitud y eficacia ante las alertas y emergencias sanitarias, tanto a nivel mundial, como nacional o regional se creó el Sistema de Alerta Rápida en Salud Pública (SARSP). Dicho sistema se basa en la gestión de la notificación de la alerta que realiza la Mesa de Enfermería del Centro coordinador de SUMMA 112.

Material o pacientes y método:

Revisión de la base de datos informatizada de todas las alertas rápidas fidelizadas, no sólo de enfermedades de declaración obligatoria urgente nacionales, si no también afectados por virus Zika, virus Ébola, Chikungunya, Corona virus MERS-COV.

Resultados:

Desde el inicio de la colaboración conjunta con el equipo de salud pública han ido aumentando las tareas realizadas en dicha materia por la enfermería de centro coordinador. Ya no es sólo la gestión de la alerta telefónicamente con los profesionales sanitarios, si no que se da un paso más, prestando servicio de información al ciudadano, y asistencia *in situ* realizando traslados de pacientes infectocontagiosos.

Conclusiones:

La enfermería constituye la base del sistema de notificación, ya que por el horario en el que presta su atención (las 24 horas de los 365 días) da mayor cobertura tanto a los profesionales sanitarios, pudiendo recibir apoyo y soporte para resolución de dudas al poder ponerlos en contacto con el equipo de Salud Pública, si así se requiriera. Hace extensivo esta función de información veraz a la población mediante un teléfono directo. Todas estas adecuaciones a las nuevas necesidades que demanda más población hacen que la enfermería de centro coordinador este en continuo cambio y actualizado, no sólo en materia de formación, como a nivel tecnológico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-238

INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DEPENDIENTE DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

R Comabella Pobes (1), R Comabella Pobes (1), S Cabrera Jaime (1), F Guillamet Ferrán (1), J Rodríguez Fernández (1), F Llopis Roca (2), C Ferré Losa (2)

(1) Institut Català d'Oncologia, (2) Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Palabras Clave: unidad de corta estancia, urgencias, seguridad

Objetivos:

La seguridad del paciente es un aspecto clave en el ámbito de la asistencia que debe ser valorada en las Unidades de Corta Estancia (UCE).

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo de los datos de los pacientes ingresados en nuestra UCE recogidos del aplicativo de Cuidados Informatizado Gacela Care durante los años 2014-2015 y correspondientes a un periodo de 22 meses. El programa PREALT tiene como finalidad asegurar la continuidad asistencial en grupos de población que requieran una atención especial.

Resultados:

Se recogieron y analizaron un total de 4.477 episodios (2.265 el año 2014 y 2.212 el 2015). El 48,2% (2.156 episodios) de los pacientes eran varones, con una edad media de 77,9 años. La estancia media fue de 3,2 días para ambos periodos de estudio. El agrupador de cuidados más aplicado fue la atención al trastorno del aparato respiratorio en el 36,6% (1.638 episodios). El uso de dispositivo venoso fue del 96,9% (4.339 episodios). La instauración de un dispositivo central del 5,6% (249), el uso simultáneo de accesos venosos del 11,7% (521) y la prevalencia de flebitis del 3,7% (167). El grado de valoración del Riesgo de Úlceras por Presión (UPP) se situó en el 95,8% (4.292) y presentaban UPP el 3,9% (176). El registro de riesgo de caídas fue del 93,3% (4.179), con una tasa de caídas del 2,4%. El uso de contención mecánica fue del 1,2% (55). La prevalencia de aislamiento por causa infecciosa fue del 1,3% (61). El informe de alta de enfermería para la continuidad de cuidados se generó en el 13% de las altas (576).

Conclusiones:

Los indicadores de seguridad presentan un alto grado de cumplimiento. El bajo cumplimiento del informe de alta de enfermería puede estar relacionado con la conexión mediante programa PREALT del paciente complejo atendido, dado que la documentación necesaria para la continuidad de cuidados del paciente con necesidad de continuidad de cuidados es mediante el alta de enfermería o el documento de PREALT. El uso de indicadores de seguridad en las UCE permite identificar áreas de mejora asistencial.

P-239

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS RECLAMACIONES RECIBIDAS DURANTE EL AÑO 2015 EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL

E Pérez García, S Sánchez Martínez, I Beltrán Rubio, M Sánchez Moreno, JF Rodríguez Fernández, E Montero Romero
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Palabras Clave: reclamación, análisis, hospital de tercer nivel

Objetivos:

Los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) han sido concebidos para ofrecer a sus usuarios una evaluación diagnóstica rápida, con el soporte radiológico o analítico si es preciso, un tratamiento eficaz y seguro y un destino final apropiado. La baja calidad percibida por los usuarios de los SUH se ha traducido en un número creciente de reclamaciones hacia los servicios sanitarios. La gestión de las reclamaciones es una obligación ineludible de cualquier servicio público, tanto para dar respuesta personalizada como para aprovechar estas consideraciones como oportunidades de mejora.

Material o pacientes y método:

Se han analizado las reclamaciones dirigidas al Servicio de Urgencias del Hospital Virgen del Rocío durante el año 2015 mediante un análisis retrospectivo de las mismas. Indicar que el hospital dispone de una unidad de atención al usuario, donde se dirige personalmente todo usuario o familiar que quiera efectuar una reclamación, sin ninguna excepción.

Resultados:

Durante el 2015, nuestro servicio de urgencias recibió un total de 97 reclamaciones escritas. Los motivos más frecuentes fueron demora excesiva para ser atendido en urgencias, con el 38% (n = 32) y por trato inadecuado 36% (n = 35), el porcentaje de las reclamaciones por falta de información es del 5% (n = 5). La tasa media de reclamaciones fue de 0,8 cada 1.000 visitas urgentes.

Conclusiones:

La mayoría de las reclamaciones en un SUH son sobre cuestiones organizativas y por insatisfacción con la asistencia por demora en la misma. La información aportada por el análisis de las reclamaciones facilita la detección de oportunidades de mejora.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-240

SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

A Martín Aires, MA Gallego Castellano, F de Vega Malmierca, I de Dios Armenteros, A Salinero Abad

Hospital Clínico Universitario de Salamanca

Palabras Clave: satisfacción del paciente, urgencias médicas, atención de enfermería

Objetivos:

La satisfacción percibida por los usuarios de un servicio sanitario, es uno de los indicadores de calidad y forma parte de la valoración general de la asistencia prestada.

Material o pacientes y método:

Estudio transversal descriptivo. Sobre una muestra de 116 pacientes atendidos en Urgencias del Hospital Clínico Universitario de Salamanca, seleccionados de manera consecutiva. Las variables fueron sexo, edad, tiempo de estancia y satisfacción del usuario recogidas mediante una encuesta de 12 ítems tipo Likert (1 más negativo a 5 más positivo), obteniendo como puntuación máxima 60 y mínima 12, realizada entre Noviembre de 2015 y Enero de 2016. Se analizan los datos mediante el programa estadístico SPSS 22.0.

Resultados:

La edad media de sujetos atendidos es 50.04 (± 22.70) años, 50% hombres y 50% mujeres. El tiempo medio de estancia en el servicio de urgencias es de 286.80 (± 167.63) minutos. La satisfacción general media es de 52.03 (± 6.76). De todas las variables independientes incluidas las mejor valoradas son las relacionadas con las técnicas de enfermería 4.62 (± 0.73), la atención al paciente 4.59 (± 0.66) y el respeto a su intimidad 4.55 (± 0.81) y las peor valoradas, información en triaje del tiempo de espera para ser atendido 3.64 (± 1.28) e información del tiempo de espera de resultados 3.91 (± 1.11).

Conclusiones:

Los pacientes manifiestan un nivel de satisfacción medio-alto con la atención de Enfermería, sobre todo en lo relacionado con la profesionalidad en el trato y el respeto a su intimidad. Mostrándose menos satisfechos con los aspectos relacionados con la información en cuanto a tiempo de espera.

P-241

PRÁCTICA TRANSFUSIONAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

I Sánchez Díaz (1), PN Iribarren Lorenzo (1), V Fernández Rodríguez (1), J Fonseca Ortega (2)

(1) Hospital Universitario Central de Asturias,

(2) Hospital Vital Álvarez Buylla. Oviedo

Palabras Clave: blood transfusion, emergency medical services, anemia

Objetivos:

En los últimos años se ha observado un aumento en el uso de hemoderivados en el ámbito hospitalario. Los servicios de urgencias son unos de los mayores usuarios de concentrados de hemáties. Es por esto que nos planteamos la necesidad de revisar como se estaban haciendo las cosas para valorar la necesidad de dichas transfusiones e implantar medidas de cara a reducir el uso de hemoderivados. Material o pacientes y método: Para ello, realizamos un estudio retrospectivo de las transfusiones realizadas en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias entre los meses de Enero y Abril de 2015.

Resultados:

En estos meses se realizaron 324 transfusiones (un 22,96% de todas las transfusiones realizadas en el hospital), con una mediana de edad de los pacientes de 76 años con un índice de Charlson de 6,6 (supervivencia estimada a los 10 años del 0,15%). Las causas más frecuentes de transfusión fueron el síndrome anémico (39,2%) y el sangrado activo (29,94%). La mediana de hemoglobina previa a la transfusión fue de 7,45 mg/dl. En los pacientes sometidos a cirugía urgente y aquellos con sangrado activo se observaron valores de hemoglobina más elevados (10,7 y 7,7 mg/dl respectivamente), mientras que los pacientes transfundidos por síndrome anémico presentaron hemoglobinas más bajas (6,9 mg/dl). Un 14,81% de los pacientes transfundidos estaban estables, no presentando factores de riesgo ni valores críticos de hemoglobina. Un 66,15% de los pacientes fueron ingresados, el 18,01% fueron dados de alta sin seguimiento y el 15,84% fueron dados de alta con seguimiento en consulta. Los pacientes sin seguimiento al alta presentaron más readmisiones en urgencias (69,64% vs 30,36%, $p < 0,001$).

Conclusiones:

Como conclusiones, observamos que las transfusiones realizadas se ajustaban a las indicaciones actuales, teniendo como población diana a pacientes ancianos con un alto índice de comorbilidades, lo que probablemente influye para que haya un gran número de casos que requieren ingreso. Todo esto nos hace pensar en la necesidad de plantear programas de seguimiento alternativos de la anemia.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-242

RESULTADOS DE UN PROCEDIMIENTO DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN AL INGRESO HOSPITALARIO POR EL SERVICIO DE URGENCIAS

A Trujillano Ruiz, C García-Molina Sáez, C Caballero Requejo, M Onteniente Candela, M Gil Candel, E Urbieta Sanz, P Piñera Salmerón

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

Palabras Clave: conciliación de medicamentos farmacéuticos, errores de medicación

Objetivos:

La conciliación de la medicación ha demostrado ser una estrategia eficaz para disminuir los errores de medicación, aumentando la seguridad del paciente.

Material o pacientes y método:

Estudio transversal realizado entre los meses de noviembre y diciembre de 2015 en el área de observación del SU con 275 urg/día. El farmacéutico acudió diariamente al relevo del SU para seleccionar a los pacientes candidatos a ser incluidos en el PCT en función de criterios preestablecidos de mayor riesgo de error de conciliación(EC). Posteriormente entrevistó a los pacientes para obtener la historia farmacoterapéutica domiciliaria (HFTd) y así poder conciliar el tratamiento. Las discrepancias y EC se clasificaron según la guía publicada por la Sociedad Catalana de Farmacia Clínica. Para valorar la gravedad potencial de dichos errores y su posible repercusión clínica de haber llegado al paciente, se utilizó la categorización de The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and prevention's (NCCMERP'S).

Resultados:

Se seleccionaron 47 pacientes considerados con mayor riesgo de error de conciliación de los 302 pendientes de ingreso en el área de observación (15,6%). De éstos finalmente fueron conciliados 25 pacientes. El 60% fueron mujeres y la edad media fue de $77,8 \pm 9,6$ años. La media de medicamentos por paciente fue de $8,9 \pm 4,1$. Al comparar la HFTd con la prescripción médica se encontraron 116 discrepancias que afectaron al 100% de los pacientes conciliados. De éstas, 39 se tradujeron en EC afectando a 18 pacientes (72%), siendo la media de EC por paciente de $1,6 \pm 1,4$. En cuanto a los tipos de EC, la mayor parte fueron errores por omisión (71,8%), seguido de diferente dosis, vía o pauta (25,6%) y comisión (2,6%). Por último, respecto a la gravedad potencial de los EC encontrados, el 50% fueron tipo C, el 45,5% tipo D y el 4,5% tipo E.

Conclusiones:

La intervención del farmacéutico en conciliación de la medicación es efectivo con unos resultados en concordancia con la literatura. A pesar de la cordial relación médico-farmacéutico sería necesario una mayor involucración del personal médico para poder llegar a un mayor número de pacientes.

P-243

AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO EN EL ÁMBITO DE LA MEDICINA DE URGENCIAS

J Jacob Rodríguez, P Sánchez Valero, R Hernández, X Escalada, C Netto, E Gene

Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Palabras Clave: agresiones, urgencias, personal sanitario

Objetivos:

Las agresiones al trabajador sanitario son un problema de seguridad laboral. Es poco el conocimiento de este problema en el escenario de la medicina de urgencias.

Material o pacientes y método:

Se realizó una encuesta a los socios de la Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències (SoCMUE). Se preguntó por las características de la agresión y si se realizó denuncia a un superior o juicio.

Resultados:

Se recogen 616 encuestas contestadas completamente. Son 190 (30,9%) personal de enfermería (88 (14,3%) de hospitalaria y 102 (16,6%) prehospitalaria), 367 (59,5%) personal médico (275 (44,6%) hospitalaria y 92 (14,9%) prehospitalaria) y 59 (9,6%) técnicos emergencia sanitaria (TES). En 543 (88,1%) casos refieren algún tipo de agresión, siendo la verbal la más frecuente (55,2%), seguida de la física y verbal (30,5%). En 326 (52,9%) casos el personal que sufrió algún tipo de agresión lo denunció a sus superiores, y en 56 (9,1%) casos acabó en juicio, todos ellos por agresión física. Por estamentos, el que más agresiones sufrió fue el médico (89,9%), el que más lo denuncia a sus superiores es el de enfermería (54,2%) y el que ha ido más a juicio es el de TES (25,4%). En el análisis comparativo por grupos se encuentran diferencias entre los tres estamentos, siendo el grupo de TES el que más diferencias presenta con el resto de estamentos, concretamente en ir a juicio por una agresión (OR 4,29 IC95% 2,2 - 8,4, $P < 0,001$).

Conclusiones:

Las agresiones en el personal que trabaja en urgencias hospitalarias y prehospitalarias son muy frecuentes. La denuncia de estas agresiones a un superior disminuye y las que acaban en juicio son pocas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-244

¿INFLUYE LA APERTURA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS COMARCAL EN LA DEMANDA ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE REFERENCIA?

R Maestre Rojas, J Díaz Acosta, J Hernández Martín,
P Parra Esquivel, C Gómez Hernández, JA de la Rosa Camejo,
IC Marrero Martínez

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna-
S/C de Tenerife

Palabras Clave: gestión clínica, urgencias, demanda

Objetivos:

El Servicio Canario de la Salud, planteó la creación de puntos comarcales de urgencias, denominados Centros de Atención Especializada a las Urgencias (CEAU), dotados de personal médico/enfermería de los Servicios Urgencias de referencia, con radiología simple y analítica hematológica y bioquímica básicas H24. Sus objetivos son la asistencia a la población de la comarca de forma cercana, de calidad y con capacidad resolutoria. Como objetivos secundarios se pretendía una disminución de las asistencias en el SUH de referencia.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo y análisis comparativo de asistencias en el SU del HUC entre los años 2013 (sin CEAU) y 2015 (con CEAU). Los datos se extrajeron del cuadro de mandos del Complejo Hospitalario y de los datos asistenciales registrados en el programa informático (SAP®). El CEAU dispone, para una población de 55.000 habitantes de 2 boxes de críticos, 12 camas de observación (4 pediátricas) y un área de Hospitalización anexa, para enfermos de media estancia, de 30 camas.

Resultados:

Durante 2015 el CEAU atendió 14.279 pacientes. Precisaron derivarse al HUC 1.319 pacientes (9,23%), 207 ingresaron directamente en el área de hospitalización (1,45%), y 483 (3,38%) se derivaron a Hospitales concertados. Un 0,3% fallecieron en el CEAU. Las asistencias en el HUC fueron 76.870 en 2013 y de 76.207 en 2015.

Conclusiones:

La apertura de un nuevo dispositivo de Urgencias con capacidad resolutoria diagnóstica y terapéutica no parece disminuir las urgencias en el SU de referencia. Sin embargo, al no disponer de los datos de urgencias de atención primaria, no es posible determinar si éste aumento se debe al incremento bruto de la demanda o a una redistribución de la misma. El modelo de CEAU no obstante permite una asistencia de urgencias cercana y de calidad.

P-245

LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL AL ALTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

FPJ Rivas Clemente (1), S Pérez Baena (2), M Clemente Murcia (3),
C García Muñoz (1)

(1) Hospital Universitario 12 de Octubre, (2) Centro de Salud
Los Rosales, (3) Centro de Salud Las Calesas. Madrid

Palabras Clave: prescripción de fármacos, calidad asistencial,
servicio de urgencias

Objetivos:

El análisis del desarrollo del proceso asistencial al alta de urgencias permite la identificación de áreas de mejora.

Material o pacientes y método:

Muestreo sistemático por conglomerados de los episodios de urgencias atendidos durante dos meses. Fuentes de información y variables: 1) Informe SUH: edad y sexo del paciente, área asistencial, fecha del alta, juicio clínico, fármacos prescritos, categoría y especialidad del facultativo, 2) Llamada telefónica 15 días tras el alta para conocer: si se entregó medicación al alta, disponibilidad de la mediación en el domicilio, cómo y cuándo consiguieron la medicación y si acudieron y cuándo al Médico de Atención Primaria (MAP) para consultar por ese problema de salud y/o la obtención de recetas 3) Historia Clínica de AP: información recogida en el episodio relacionado con la atención en la urgencia y recetas prescritas.

Resultados:

Se analizaron 385 episodios, en 305 (79,2%) hubo prescripción. Acudieron al MAP en 187 (48,7%), en 3 sólo por recetas. En el subgrupo con medicación disponible en domicilio ese porcentaje fue significativamente menor (38,4%), Odds Ratio=0,51, IC95%(0,34-0,78). Se hicieron un total de 643 prescripciones (media por episodio= 2,1, 0,96 DE). El 79,4% estaban incluidas en la Guía Farmacoterapéutica del Hospital (GFH) y el 65,2% se hizo por principio activo (PA). Se solicitaron recetas al MAP para 183 prescripciones, siendo emitidas el 91%. No acudieron por receta en 198 (65,6%), siendo la medicación adquirida sin reintegro. Se entregaron fármacos al alta en 53, no tomaron la medicación en 51 prescripciones y en 9 bastó la suministrada al alta.

Conclusiones:

La mitad de los episodios no requirieron intervención del MAP. Ni siquiera para obtener recetas para el reintegro del gasto. La adecuación a la GFH, aunque facilita la entrega de medicación, no la garantiza. Hay que insistir en la prescripción por PA, la entrega de fármacos al alta y, en lo posible, ligar la prescripción a su disponibilidad en el domicilio. Esas medidas favorecerán la dispensación de genéricos, criterio de calidad y seguridad en prescripción, contribuyendo a minimizar costes y desplazamientos innecesarios al MAP.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-246

MORTALIDAD EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

C Marchante Tejada, S Rodríguez Hernández, J Santos Morano,
F Caballero García, I Florido Mancheño

Hospital de Valme. Sevilla

Palabras Clave: urgencias hospitalarias, mortalidad, epidemiología

Objetivos:

El registro de mortalidad en un Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) es un dato epidemiológico que nos sirve como indicador de calidad, si se utiliza para establecer la prevalencia de las causas de mortalidad, para la revisión en sesiones clínicas de causas de fallecimiento potencialmente evitables, así como para introducir medidas en el servicio destinadas a mejorar. En los estudios revisados sobre los fallecimientos en Urgencias, vemos que parece existir una tendencia actual a que los enfermos acudan a fallecer al hospital con enfermedades degenerativas y terminales con mala calidad de vida previa precisando más una Medicina paliativa que curativa. Ante la escasez de trabajos sobre el tema decidimos estudiar las características clínico epidemiológicas de los pacientes que fallecen en nuestro servicio.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo en el que se recogieron los fallecidos en SUH del Hospital de Valme durante el año 2015. Se recogió la información clínico- epidemiológica, determinando si alguno de los fallecimientos era inesperado a su ingreso mediante una escala de predicción de mortalidad elaborada en el propio centro.

Resultados:

Se incluyeron 157 pacientes. La edad media fue de 79 años. El 58% tenían más de 80 años. Un 51% fueron hombres. El mayor número de muertes se localizó en el mes de enero (26 éxitus). La causa más frecuentes de muerte fue la insuficiencia respiratoria (26%) seguida de la sepsis (23%). El 16% presentaron proceso neoplásico en estadios avanzados que influyeron tanto en la evolución como la actitud terapéutica. La tasa de mortalidad fue 0,14%. La muerte era esperada a su ingreso en el 96,17%.

Conclusiones:

El paciente tipo que fallece en el SUH es una persona de edad avanzada que ingresa por insuficiencia respiratoria o sepsis en los meses de invierno. La muerte era esperada en la mayoría de los casos.

P-247

NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS URGENCIAS VERSUS RESTO DEL HOSPITAL

I Alonso Segurado, I Plaia Martí, N López Laguna, O Oger,
MJ Sada Ruiz, L Yaguas Amatriain

Hospital García Orcoyen. Lizarra, Nafarroa

Palabras Clave: SINASP, evento adverso, seguridad del paciente

Objetivos:

La seguridad del paciente es un componente de calidad asistencial que, cada día, cobra mayor importancia, aunque la notificación de eventos adversos todavía es una asignatura pendiente.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo comparativo de las notificaciones recibidas en SINASP en el nuestro hospital desde diciembre de 2013 hasta febrero de 2016. Se comparan notificaciones recibidas relacionadas con el Servicio de Urgencias con las del resto del Hospital. Se describe el número de notificaciones, eventos que llegaron a los pacientes, los que causaron daño y nivel de daño. Así mismo se hace un descriptivo de los profesionales notificantes.

Resultados:

De un total de 46 notificaciones 48% provienen del área de Urgencias. De éstas, 41% llegaron al paciente y de éstas 33% causaron algún daño. Del 52% de notificaciones que provienen de otras áreas, 67% al paciente pero únicamente en 14,3% produce daño al paciente. En relación con el Nivel SAC alcanzado, las notificaciones de Urgencias fueron más graves: SAC 2 Urgencias/Hospital: 14%/8%. SAC3 Urgencias/Hospital: 14%/8%. SAC4 Urgencias/Hospital: 14%/50%. No hubo notificaciones SAC1. La mayor parte de eventos en Urgencias han estado en relación con la medicación (36,4%) e identificación de pacientes (31,8%). Similar resultado se observa en el resto del hospital pero con diferentes porcentajes: Errores de medicación intervienen en el 20,8% y de identificación 16,7%. De las notificaciones de Urgencias el 81,2% procede de personal médico, 9,1% de enfermería y 9,1% de farmacia. Del resto del hospital, 66,7% procede del personal médico, 29,2% de enfermería y 16,7% de farmacia.

Conclusiones:

Se producen muy pocas notificaciones en ambas áreas. Comparativamente el Servicio de Urgencias es el que más notificaciones realiza. Tanto personal médico de Urgencias como el del resto del hospital notifica más que enfermería, aunque esta diferencia es más evidente en Urgencias. Del resto de profesionales, solo farmacia notifica. Del personal auxiliar no hay notificaciones. Los eventos notificados en Urgencias alcanzan menos al paciente, pero provocan daño mayor y en un porcentaje más alto de pacientes.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-248

¿ES LA URGENCIA UN BUEN SITIO PARA MORIR?

V Lozano Araujo (1), I Guillén Sánchez (1), A Rodríguez Urgel (1), R Rico Delgado (1), M Villa Escamilla (1), R Marín Arregui (2), F Fernández Salgado (1)

(1) Hospital Universitario de Móstoles. (2) Hospital de Torrejón de Ardoz. Madrid

Palabras Clave: mortalidad, urgencias hospitalarias, causas

Objetivos:

La tasa de mortalidad en los Servicios de Urgencias (SU), es un índice de calidad hospitalaria, de su análisis pueden derivarse actuaciones puntuales dirigidas a mejorar aspectos de la asistencia hospitalaria y/o extrahospitalaria. En los últimos años ha habido un incremento de pacientes que fallecen urgencias debido a pacientes terminales y a la falta de camas en las plantas de hospitalización aumentando la presión asistencial en los SU. Todo esto hace imprescindible establecer medidas necesarias para este tipo de pacientes.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes que fallecieron urgencias entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de los años 2013, 2014 y 2015. Se recogieron los siguientes datos: edad y sexo, causa de muerte, pre-éxito, muerte esperada, paciente terminal, existencia de dependencia, maniobras de reanimación cardiopulmonar iniciadas, si se aplicaron medidas paliativas, si se solicitó estudio necrópsico, horas de permanencia en el servicio de urgencias, nota de éxito, informe médico de alta e información a familiares del estado actual del paciente.

Resultados:

Se analizaron 54 pacientes los años 2013, 2014 y 2015 (18, 15 y 21) El perfil fue un paciente de edad avanzada cuyo fallecimiento era esperado (80%) con una edad media de 83,7 años Un 40 % eran pacientes terminales y un 59% eran dependientes para actividades de la vida diaria. Un 40% eran pacientes preéxito falleciendo en menos de 3 horas. Recibieron medidas paliativas un 35% de pacientes Un 27% de pacientes tenía ingreso cursado y permanecían en urgencias esperando cama.

Conclusiones:

Los pacientes terminales que fallecen en urgencias suponen un número muy importante. Los servicios de urgencias no están preparados para estos pacientes lo que hace plantearse el soporte asistencial de los mismos y elaboración de protocolos específicos que abarquen tanto medidas farmacológicas (pautas de sedación) como no farmacológicas (zonas de mayor privacidad y unidades paliativas) para conseguir una muerte digna.

P-249

TRAZABILIDAD EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

A Peiró Gómez, V Alcover Medina, M Barbera Salom, Y Donat Sanz, C Gago Bellido, J Villalonga Musoles

Hospital de Llíria. Valencia

Palabras Clave: information, quality, satisfaction

Objetivos:

La falta de información a la familia, o la información insuficiente, tardía y de poca calidad, es el motivo principal de quejas en un Servicio Urgencias Hospitalario. Esta falta de información provoca una disminución de la valoración global de la atención recibida, un clima de incertidumbre e intolerancia que, junto a la ansiedad, genera un aumento de quejas y reclamaciones en los servicios de urgencias hospitalarios.

Material o pacientes y método:

Recientemente se ha instalado la trazabilidad mediante TAGs en Servicio Urgencias Hospital de Llíria. (Valencia). Colocación de una pulsera de radiofrecuencia, (TAGs, que actúa como un GPS) a todos los pacientes del servicio de urgencias, que será leída de forma automática a su paso por cada estancia y cuyo objetivo es acelerar los procesos e incrementar la seguridad del enfermo. Con el uso de TAGS podremos: Conocer la ubicación del paciente. Proporcionar Información a los acompañantes a través de pantallas. Mejorar la eficiencia. Identificar al paciente. Conocer los circuitos del paciente. Uso de la aplicación a través del móvil, lejos del hospital.

Resultados:

Monitorización integral de pacientes durante todo su proceso en urgencias, permitiendo la trazabilidad de los pacientes en SUH. Genera indicadores que muestran el estado del servicio, ofreciendo datos de tiempo reales e históricos.

Conclusiones:

La mejora de la seguridad y la facilidad en el registro de información clínica junto a la información a familiares, son las principales ventajas de este sistema, a la vez que se evitan interrupciones al personal sanitario en el proceso asistencial para dar información.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-250

PROPUESTA PARA LA EVALUACIÓN DEL PROCESO DE OBTENCIÓN DE MUESTRAS EN URGENCIAS

AM Jurado Carmona, E Ramayo Barrio, V Martínez Prieto,
MI Reina Lozano, A Del Campo Miñes, RM Escalante Aguilar,
M. Romero González

EPSBG Hospital Alta Resolución Écija. Córdoba

Palabras Clave: obtaining analytical, samples, emergency

Objetivos:

Las decisiones clínicas en el sistema sanitario están basadas, en la mayoría de los casos, en resultados de pruebas diagnósticas. Por tanto, un error en los resultados de laboratorio puede conllevar a errores diagnósticos y/o terapéuticos con sus posibles efectos adversos, sin olvidar la elevación del gasto sanitario por repeticiones o por solicitud de pruebas adicionales. Para asegurar la calidad de resultados analíticos, nuestro Laboratorio Clínico y el Servicio de Urgencias evaluamos la calidad del proceso de obtención de muestras con las siguientes herramientas: 1. Indicadores calidad preanalítica (ICP) obtenidos del sistema informático del laboratorio, relacionados con gestión de solicitud, identificación paciente/muestra y toma de muestra propiamente dicha. 2. Auditorías del proceso de toma de muestras mediante cuestionarios estandarizados. 3. Análisis Modal de Fallos y Efectos Sin embargo, estas herramientas se usaban de forma independiente, generando acciones de mejora individuales.

Material o pacientes y método:

Establecimos para cada ítem de la auditoría un nivel de gravedad de los posibles fallos (bajo, medio, grave, crítico). Evaluamos los ítems de la auditoría según la frecuencia de aparición de fallos y elaboramos una primera tabla según frecuencia detectada y gravedad adjudicada. Establecimos una correspondencia entre los diferentes ICP y los ítems de la auditoría. Adjudicamos una frecuencia de aparición de fallos a los diferentes ICP en función del valor obtenido para el periodo evaluado. Modificamos los resultados de frecuencia de los ítems de la auditoría en función de los resultados de la frecuencia de los ICP.

Resultados:

De los 21 ítems que constaba la auditoría, 12 se pudieron correlacionar con los ICP. Tras establecer la modificación de frecuencia de aparición de fallos de los resultados de auditorías en función de los resultados de los ICP, obtuvimos que sólo 5 modificaron su frecuencia, 3 de baja a alta (errores de identificación y hemólisis), 2 de baja a moderada (extracciones de vías no correctamente realizadas).

Conclusiones:

Esta propuesta nos permite realizar una evaluación conjunta del proceso de obtención de muestras en Urgencias, aunando las tres herramientas y las áreas de mejora.

P-251

PROYECTO DE GEOLOCALIZACIÓN DE PACIENTES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

MJ Abadías Medrano, I Romero López, O Yuguero Torres,
A Moreno Pena, C Llobet Pina, X Ichart Tomás

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida

Palabras Clave: administración hospitalaria, seguridad, calidad de la atención de salud

Objetivos:

Los Servicios de urgencias(SU), son organizaciones complejas donde se llevan a cabo diferentes procesos (asistencial, logísticos, operativos, etc..) para proporcionar asistencia médica de calidad a los usuarios. Estos procesos involucran a diferentes profesionales (gestores, médicos, enfermeras, etc.) de diferentes unidades, no siempre visibles en el proceso asistencial. Además nuestros usuarios cuando consultan, suelen estar acompañados por familiares a los cuales el hecho de estar en estas unidades, genera ansiedad y preocupación añadida a la situación clínica que provoca la visita en Urgencias.

Material o pacientes y método:

Se diseñó un grupo de trabajo multidisciplinar liderado por el Jefe de Sistemas de información de nuestro centro, conjuntamente con los responsables asistenciales del SU. Asimismo, con la empresa Mysphera, se definieron varias fases de trabajo. En un primer momento con el diseño de la integración de los sistemas de información, definición de procesos e indicadores, hasta la comunicación con el equipo asistencial.

Resultados:

A partir del primer mes de implantación se emitirán informes de situación y flujo de pacientes que ayuden a redefinir circuitos asistenciales. En estos informes se evalúan los tiempos asistenciales desde la entrada en el servicio de urgencias hasta el alta del proceso. Podemos valorar la ocupación de boxes, las demoras en el proceso inducidas por pruebas complementarias, traslados de pacientes innecesarios dentro del área, tiempos muertos en el proceso, etc? Además se evaluarán encuestas de satisfacción a los usuarios con la nueva información que muestran las pantallas en las salas de espera.

Conclusiones:

La utilización de nuevos sistemas de geolocalización en tiempo real de pacientes, permite conocer los tiempos de actuación del SU, mejorar su seguridad, y ofrecerles una mejor calidad asistencial, también a sus familiares.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-252

INSTAURACIÓN DE SISTEMA DE ALTA PRECOZ EN PACIENTE EPOC DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

F Francia Franco (1), LV Colón Liriano (1), JJ Eito Cuello (1),
M López Hernández (1), AG Moreno Mejía (1),
M Griabal García (1), B Escartín Fontana (2)

(1) Hospital de Barbastro, (2) Centro Salud de Barbastro. Huesca

Palabras Clave: EPOC, alta, urgencias

Objetivos:

El actual aumento de la demanda en los Servicios de Urgencias lleva a idear nuevas líneas en la atención a pacientes para disminuir la sobrecarga y adecuar el tratamiento domiciliario optimizando recursos disponibles.

Material o pacientes y método:

Cuando un usuario sea identificado como potencial para alta precoz, se realizará una interconsulta entre su médico de Atención Primaria y el servicio de Urgencias. Esta interconsulta la iniciará el responsable del Alta Precoz del Servicio de Urgencias, y se realizará vía telefónica donde los participantes serán el médico de Atención Primaria y el de Urgencias responsables del paciente. Debe de cumplir unos criterios de alta precoz.

Resultados:

Durante el período de prueba de Julio 2015 A Enero 2016 se incluyeron 4 pacientes, evitando 4 ingresos en planta de Medicina Interna. La edad media fue de 75,5 años, el 50% fueron Mujeres. La satisfacción se midió con el índice de WHOQOL-BREF.

Conclusiones:

La inclusión de pacientes en este programa, ha facilitado la relación y continuidad de cuidados junto con atención primaria, elaborando pautas de actuación en pacientes comunes, permitiendo dar mas seguridad en la toma de decisiones. Todavía son poco el numero de pacientes pero en satisfacción de usuario, familia y facultativos los resultados son buenos.

P-253

EFFECTO DE LA REDUCCIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS POR UN PLAN DE OBRA EN LOS INDICADORES DE URGENCIAS

P Villarroel González Elipe, FJ Martín Sánchez, JJ González Armengol,
J González del Castillo, C Fernández, C Elvira, J Soto Bonel

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Palabras Clave: gestión, derivación, saturación

Objetivos:

El Hospital Clínico San Carlos es un hospital de tercer nivel universitario y urbano. Durante los años 2010 y 2011 se desarrolló un plan de obras para reformar el hospital que obligó a un cierre de camas de hospitalización y al traslado de ciertas especialidades como Traumatología, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Geriátrica y parte de Medicina Interna a otros centros hospitalarios. Dicha circunstancia obligó a potenciar las alternativas a la hospitalización y la política de derivación de pacientes a centros de apoyo directamente desde urgencias.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de una serie de casos que incluyó a todas las atenciones realizadas en un Servicio de Urgencias de un Hospital Terciario Universitario desde 2003 a 2011. Se recogieron indicadores de media anual de visitas diarias a urgencias, traslados diarios, presión de urgencias y pacientes pendientes de cama hospitalaria. Para el análisis se dividió la muestra en dos periodos: 1) Periodo 1 (P1): antes de la obra (2003-2009), 2) Periodo 2 (P2): durante la obra (2010-2011).

Resultados:

Se incluyeron 1.105.491 atenciones urgentes (P1:942.526 y P2:162.965). Durante la obra las camas disponibles fue significativamente menores (P1:884±27 vs P2:569±62, p<0,001). Entre los dos periodos, se documentó una reducción de visitas diarias a urgencias (P1:424±28 vs P2:261±25, dif medias=-163) y incremento de traslados a otros centros (P1:11,7±3,6 vs P2:16,5±6,8, dif medias=4,8). Esta situación no produjo un aumento en pacientes pendientes de cama (P1:16,9±7,0 vs P2:12,6±4,7, dif medias=-4,3) ni de presión de urgencias (P1:66,0±2,1 vs P2:63,2±3,4, dif medias=-2,8).

Conclusiones:

La reducción de camas de hospitalización consecuencia de un plan de reforma del hospital conllevó una reducción del número de visitas a urgencias y un incremento de la media de traslados a otros centros. Esta situación no produjo un incremento de la saturación del servicio de urgencias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-254

SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS

L Piedra Antón (1), R Ansorena de Lucio (1), C Fariñas Álvarez (2), O Valcuende Mantilla (3), MO Álvaro Melero (1), H Alonso Valle (3), F Lavín Díez (1)

(1) Hospital Sierrallana, (2) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, (3) Servicio Cántabro de Salud. Santander

Palabras Clave: servicios médicos de urgencias, sistemas de información, codificación clínica

Objetivos:

La atención sanitaria está cambiando, y los sistemas de información se han convertido en imprescindibles para poder llevar a cabo una buena gestión clínica. En los servicios de urgencias dada su heterogeneidad, y la cantidad de pacientes atendidos es compleja la obtención de datos para conocer el tipo de pacientes que acuden a los mismos.

Material o pacientes y método:

Se utiliza un resumen de códigos CIE9-MC con motivos de alta más frecuentes. Se crea un CMBDU y se desarrolla un analizador de datos "Clara-Urgencias", se aplica en el servicio de urgencias del Hospital Sierrallana durante los años 2006-2013, con un total de 599.048 urgencias atendidas.

Resultados:

El 8,25% del total de asistencias, originan ingreso en hospitalización. El porcentaje de reingresos a las 72 horas es de 3,84%, el porcentaje de mortalidad de 0,2%. La edad media de los pacientes es de 49 años, sin distinción de sexo, con principal motivo de atención la patología músculo-esquelética. Hay un aumento de la demanda los lunes, en el mes de Agosto y en el turno de mañana.

Conclusiones:

El resumen de códigos CIE9-MC y el CMBDU propuesto para los servicios de urgencias hospitalarios, permite obtener información básica del servicio de urgencias. Es posible utilizar *bussines-intelligence* a través del programa "Clara-Urgencias" para transformar los datos en información. La metodología propuesta en este estudio permite incorporar un sistema de información en el servicio de urgencias hospitalario y los costes que esto representa.

P-255

BOTIQUÍN PARA EMERGENCIAS PERIHOSPITALARIAS

ME Azkuenaga Martín, S Malvar González, A Gayangos Machado, N Arza Alonso, JI Paredes Trigueros, I Lamas Fernández

Hospital de Mendaro. Eibar, Gipuzkoa

Palabras Clave: botiquín, calidad de la atención de salud, servicios médicos de urgencias

Objetivos:

El hospital de Mendaro es un hospital comarcal englobado en la Organización Sanitaria Integrada (OSI) Debabarrena. Ocho municipios la componen sanitariamente: Mallabia, Ermua, Eibar, Soraluze, Elgoibar, Mendaro, Deba y Mutriku. Su población total en 2015 asciende a 73201 habitantes. En el perímetro del hospital hay una parada de autobús, un restaurante y dos aparcamientos. Recientemente se ha implantado en el servicio de urgencias, un botiquín de primeros auxilios (mochila) para situaciones de emergencias en dichas zonas. Hasta Marzo del 2015, únicamente se disponía de un carro desplazable para acudir a emergencias dentro del hospital. Este carro no podía utilizarse en el exterior, debido a barreras arquitectónicas existentes (escaleras, aceras, pendientes). Los pacientes tenían que ser trasladados hasta el servicio de urgencias, sin poder ser atendidos *in situ*.

Material o pacientes y método:

Utilización de la metodología de '5 eses' para conseguir una mochila adecuada: 1. 'Seiri', ordenada. 2. 'Seiton', organizada. 3. 'Seiso', limpia. 4. 'Seiketsu' con control visual. 5. 'Shitsuke', disciplina/hábito. Realización de sesiones formativas (p

Resultados:

Desde hace aproximadamente un año, disponemos de una mochila para situaciones emergentes en las que se requieren los servicios médicos de urgencias en las cercanías del hospital. Con el método eficaz '5 eses' hemos conseguido un botiquín portable, ligero y organizado de forma visual. El personal sanitario conoce el material y su disposición en el botiquín, gracias a la formación y a las revisiones sistemáticas establecidas.

Conclusiones:

Tras implantar este nuevo elemento, hemos conseguido disminuir el tiempo de la primera asistencia en las emergencias del perímetro hospitalario, haciendo posible una atención integral del paciente en el lugar del incidente. El personal sanitario actúa con mayor seguridad, tranquilidad, celeridad y en definitiva, rinde mejor, gracias a la utilización, control y conocimiento de este nuevo material incorporado.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-256

UNIDAD ESPECIALIZADA DE GESTIÓN DE HELICÓPTEROS SANITARIOS DE EMERGENCIA (UMA)

S Cazorla Calderón, J Ramón Carbonell, M Miguel Campodarbe, S Juliench Liesa, V Rubio López, F Penela Barrameda, J Gil Abarca

Sistema d'Emergències Mèdiques SA. Terrassa, Barcelona

Palabras Clave: air ambulances, emergency medical service communication systems, emergency medical services

Objetivos:

La Unidad de Medios Aéreos del SEM Cataluña es una unidad especializada que gestiona los helicópteros medicalizados de emergencia que operan en la Comunidad Autónoma. Está formada por una mesa de coordinación de vuelo y 4 unidades aéreas que dan respuesta a las emergencias con el objetivo de proporcionar asistencia sanitaria de calidad en un tiempo óptimo y garantizar el acceso al sistema de emergencias, con independencia del lugar donde tiene lugar el incidente.

Material o pacientes y método:

Descripción y análisis de la Unidad y de los resultados cuantitativos de los últimos 5 años (pre y post implantación, 2011 a 2015).

Resultados:

Antes de la creación de la unidad, en 2011, los helicópteros sanitarios del SEM realizaron un total de 1.522 intervenciones que requirieron 1.800 horas de vuelo. El primer año de implantación de la unidad (2012) con la mesa de vuelo como principal novedad, se realizaron 2.553 intervenciones con un total de 1.947 horas, lo que representa un incremento del 67,74% de intervenciones con sólo un 8.1% más de horas respecto al año anterior. El incremento de intervenciones respecto al año 2011 se ha mantenido estable: en 2013 fue del 76.6%, en 2014 de 66.23% y en 2015 de 82,6%. En el año 2015 se gestionaron 2.780 intervenciones siendo el año con mayor número de actuaciones realizadas por unidades aéreas del SEM. La tipología de servicios efectuados corresponde a procesos médicos en un 45%, traumáticos en un 41%, 12% interhospitalarios y 2% a interhospitalarios pediátricos.

Conclusiones:

La creación de la unidad y la incorporación de enfermeros y personal técnico a la mesa de coordinación de vuelo han permitido gestionar y mejorar los tiempos de atención a pacientes que presentan patologías tiempo-dependientes así como a pacientes traumáticos graves. La creación de la UMA ha significado una mejora en la seguridad de las operaciones de vuelo en beneficio del paciente y de la tripulación sanitaria optimizando los recursos aéreos así como las horas de vuelo disponibles.

P-257

SEGURIDAD EN CONTENCIÓN DEL PACIENTE AGITADO

RM González Bañuelos (1), LN Fadrique Millán (1), RM Cardaba García (2), C del Pozo Vegas (3), P Royuela Ruiz (4), JC Sánchez Rodríguez (4)

(1) Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid,

(2) UME. Segovia Gesacyl, (3) Hospital Clinico Universitario Valladolid,

(4) Hospital Universitario Río Hortega Valladolid

Palabras Clave: agitación psicomotriz, contención, seguridad

Objetivos:

En los servicios de urgencias y emergencias, se utiliza con frecuencia la contención física en pacientes agitados como medida de protección y seguridad tanto para el como para su entorno. La contención mecánica debería llevarse a cabo por un mínimo de personal entrenado con materiales adecuados y con unas medidas generales de información, actitud y seguridad del paciente y de los profesionales que lo realizan.

Material o pacientes y método:

Se realizó una revisión bibliográfica de protocolos y artículos nacionales existentes en materia de sanidad con respecto a la contención física del paciente de los últimos 10 años. La búsqueda se llevó a cabo en las bases de datos electrónicas Pubmed, Cuiden Plus y Google académico.

Resultados:

La normativa vigente en materia de contención física de pacientes agitados en España, está regulada por el artículo 17.1 de la constitución española, el artículo 211 del código civil y la ley 41/2002 del 14 de noviembre. Ante una situación urgente de un paciente agitado, la indicación de contención mecánica debe indicarla el médico, si no se pudiera contactar con él, será la enfermera la que tome la decisión. Es conveniente que existan protocolos del tema y que el personal tenga conocimientos del mismo y se hagan entrenamientos para realizarlo de manera segura. Deben tenerse en cuenta las indicaciones de la contención (ambiente seguro, evitar fugas, castigos terapéuticos pactados, evitar interferencias en el plan terapéutico) y las contraindicaciones (castigo no terapéutico, antipatía con el paciente, cuando la agitación se pueda resolver con contención verbal).

Conclusiones:

En el momento de la contención mecánica, siempre debemos tener en cuenta las indicaciones y contraindicaciones de las mismas. Conviene que el personal sanitario y no sanitario que participa en la práctica de la contención, tenga un entrenamiento y unos conocimientos básicos. Por ello es importante la existencia de un protocolo que ayude a la toma de decisiones y que ayude a que todo se desarrolle en un ambiente seguro.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-258

GESTIÓN DE LAS RECLAMACIONES DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

A Conesa Hernández, JA Cruzado Quevedo, EM Guirado Granados, F Alcántara Zapata, MM Mulero Martínez, JE Picher Vidal, R Cardos Fernández

Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena. Murcia

Palabras Clave: triaje, demora, asistencia

Objetivos:

La inauguración en 2012 del Hospital General Universitario Santa Lucía (HGUSL) formando el Complejo Hospitalario de Cartagena (CHUC), dotó de dos dispositivos de atención a la Urgencia Hospitalaria en nuestro Área. Durante 2012 y 2013 se produjo un aumento de quejas y reclamaciones.

Material o pacientes y método:

Se estudiaron las reclamaciones, los motivos y medidas correctoras: DEMORA ASISTENCIAL. Los cambios organizativos y el triaje enfermero, han disminuido la permanencia en urgencias en más de 1 hora, reduciendo en un menor número de reclamaciones por demoras. Esta reclamación se da más en verano por la gran afluencia turística del área. INFORMACIÓN. La puesta en marcha un gestor de colas, registra el momento de la información a familiares, y la auxiliar de información dispone de un aplicativo SELENE Movility que le permite conocer la ubicación del paciente. ATENCIÓN. Se procede a la información puntual y personal al servicio y a los tutores de los residentes implicados en las reclamaciones. Se incide en el seguimiento y cumplimiento de los protocolos del servicio. PASILLOS. El invierno, genera habitualmente y por muchos factores, una mayor presión y demanda asistencial. De forma transitoria hay pacientes ubicados en zonas no diseñadas para ello, generando reclamaciones. Existe un plan de agilización de altas para evitar esta situación.

Resultados:

Se ha mantenido una línea descendente en cuanto al número de reclamaciones producidas. Hay un descenso porcentual en los principales motivos de reclamación estudiados.

Conclusiones:

En 2015 se han disminuido las reclamaciones de forma global. La mejora en los tiempos de permanencia y de atención supone un descenso progresivo de las reclamaciones fundamentadas en la demora de la atención. Hay un porcentaje de quejas ocasionadas por problemas estructurales y estacionales, cuya solución no es únicamente inherente al servicio. La agilización del alta, el mayor índice de ingreso y rotación hospitalaria y la atención a desplazados, influyen en la disminución de reclamaciones por demoras y pasillos.

P-259

IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE ACTUACIÓN Y FORMACIÓN CONTINUADA EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR DE ADULTO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

N Arnáiz Moreno, D Alegre Ontavilla, E López Carretón

Hospital Universitario de Burgos. Villariego, Burgos

Palabras Clave: protocolo, educación continuada, resucitación cardiopulmonar

Objetivos:

El servicio de urgencias es la puerta de entrada de pacientes graves al HUBU, y el más sensible a recibir pacientes en situación de emergencia, como la Parada Cardiorespiratoria (PCR). Es necesario actuar de forma coordinada y protocolizada para resolver la situación con las máximas garantías de éxito. Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar con personal de la unidad, para idear un plan de actuación que incrementase destrezas y habilidades en RCP.

Material o pacientes y método:

El plan de trabajo consistió en reuniones periódicas, utilizando diferentes recursos: *brainstorming*, resolución de problemas, estudio de casos, revisiones bibliográficas y comparativas con protocolos similares. Se repartieron temáticas por subgrupos, poniéndose en común en las reuniones, consensuándose y decidiéndose el documento definitivo. Se describió un cronograma de sesiones formativas teórico-prácticas para el personal sanitario del servicio. Sesiones de corta duración, cada jueves. Haciendo hincapié en el manejo de técnicas, incluyendo simulaciones de coordinación del equipo y liderazgo.

Resultados:

El plan se expuso en sesión clínica del servicio, aportando documentos de consulta y hoja de registro. Serigrafiamos los algoritmos oficiales. Enviamos copia del protocolo al correo corporativo de todo el personal. Se comenzó el pilotaje del plan, esperando su aceptación y sugerencias. Tras las sesiones formativas se espera un mejor manejo de técnicas en RCP y mayor coordinación del equipo de parada.

Conclusiones:

El protocolo ha sido bien aceptado por el personal, entendiendo que parte de su labor asistencial pasa por estar formado y reciclado en técnicas y procedimientos de RCP, ganando destreza y seguridad. El éxito de nuestro trabajo depende del constante estudio y entrenamiento resultando necesarias jornadas de formación continuada. Se realizarán evaluaciones de éstas y de la cumplimentación de los registros intraparada. Se espera mejorar la organización y coordinación del equipo de RCP e incrementar la calidad asistencial y resultados de la RCP en el adulto.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-260

REINGRESO HOSPITALARIO PRECOZ: ¿PUEDEN SER PREVISIBLES?

JX Ichart Tomas (1), C Llobet Pina (1), A Moreno Pena (1),
A López Fernández (1), J Ortet Ballesteros (1), MJ Abadías Medrano (2),
O Yuguero Torres (1)

(1) Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida,
(2) Cap de Servei. Lleida

Palabras Clave: reingreso, pluripatológico, precoz

Objetivos:

El reingreso es un índice de calidad asistencial hospitalario, estableciéndose por ello varios instrumentos estandarizados predictivos para discriminar la población de riesgo. Tradicionalmente se considera reingreso hospitalario aquel que se da dentro de los primeros 30 días posteriores al alta. Sin embargo, en los últimos años ha habido un aumento significativo dichos reingresos justificado por las propias características de los enfermos y por la asistencia proporcionada.

Material o pacientes y método:

Se ha procedido a analizar los Reingresos Hospitalarios a través del Servicio de Urgencias en <72 horas durante el periodo de 1/1/2015 al 1/1/2016 de un Hospital de Referencia (2B), estableciendo como variables la edad, sexo, comorbilidades, mortalidad, servicio del alta previa y servicio o destino de alta en el reingreso, mediante el análisis multivariante con SPSS.

Resultados:

Se analizaron un total de 1375 reingresos durante el periodo de un año, que supuso el 8,07% del total de ingresos hospitalarios urgentes. En cuanto a las comorbilidades reflejadas en la historia clínica, estaban etiquetados de pacientes crónicos sólo un 21%, mientras que el subgrupo pacientes crónicos fue del 7%. Del global de la muestra, reingresaron un 51,85%. En cuanto al servicio de destino, la mayoría ingresaron en el Servicio de Medicina Interna (29,8%) mientras que el 27,2% reingresaron en otros servicios clínicos. Es importante destacar que un 10,1% requirieron ingreso en el Servicio de UCI.

Conclusiones:

El reingreso precoz está sujeto a determinadas variables predictivas como son la edad, el sexo y algunos diagnósticos clínicos principales (ICC y EPOC). No hay diferencias significativas en cuanto al porcentaje de reingresos precoces entre las 72 horas y menos de 8 días. Destaca también el hecho que la mayoría de pacientes con elevada comorbilidad, polifarmacia o mayor complejidad, no están etiquetados correctamente en la historia, por lo que supone prescindir de un elemento clave para el manejo de estos pacientes y también a la hora de establecer la necesidad de aquellos recursos socio-sanitarios más adecuados para evitar dichos reingresos.

P-261

CODIFICACIÓN DIAGNÓSTICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE ADULTOS

A Valencia Dutor, E Caldevilla Bernardo, A García Romero,
J Valdeuza Sandín, S Maroto Martín, J Garcés Molina,
I Verdejo Ledesma

Hospital Del Sureste. Madrid

Palabras Clave: codificación clínica, diagnóstico, urgencias médicas

Objetivos:

La codificación diagnóstica nace de la necesidad de dotarse de una herramienta de información homologable que permita la comunicación entre profesionales de la salud.

Material o pacientes y método:

Estudio longitudinal, observacional, retrospectivo, descriptivo, basado en el análisis del sistema de codificación internacional de enfermedades (CIE-9). Se escogieron 127 diagnósticos entre los más frecuentes en un servicio de urgencia de adultos entre los que hay que seleccionar uno dentro del formulario.

Resultados:

De un total de 81286 urgencias atendidas en 2015, se hicieron 50521 formularios de seguimiento de urgencias (62%). De éstos, se rellenó el formulario de diagnóstico en un 67% lo que hace un 41% del total de urgencias atendidas. Entre los diagnósticos, los más frecuentes fueron dolor abdominal (5,5%), infección respiratoria (3,8%), infección urinaria (3,7%), gastroenteritis aguda (3,4%). Los diagnósticos traumatológicos llegaron a un 18% parecido a otras series, englobados en: esguince de tobillo, dolor óseo articular, contusión mano, tendinitis, lumbalgia y contusión de pie.

Conclusiones:

La gran carga asistencial y la unificación de criterios en referente al diagnóstico es un problema para la implantación de codificación en servicio de urgencias. Dada la alta prevalencia de pacientes traumatológicos, se han recogido diagnósticos de forma más detallada. En el caso de otros diagnósticos como infección respiratoria, al describir solo los porcentajes más frecuentes, no se incluyen neumonía, bronquitis, EPOC faringitis que también estaban incluidos lo cual aumentaría la frecuencia de diagnóstico de patología respiratoria. Hemos comprobado que el formulario se rellena más frecuentemente en pacientes que acuden a salas médicas en vez de a boxes, ya que suelen ser de alta rápida lo cual lo facilita. En los pacientes que permanecen en urgencias para seguir evolución, como se escribe en notas, no se suele rellenar el formulario. Esto hay que mejorarlo y poder tener un porcentaje mayor para poder analizar resultados de forma más directa.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-262

SATURACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y GOOGLE®

J Velasco Montes (1), S González Díez (2)

(1) Médico funcionario en prácticas,

(2) Centro de Salud de Calahorra (La Rioja). Logroño

Palabras Clave: emergency service, hospital, emergency medicine, crowding

Objetivos:

La saturación de los servicios de urgencias en España es uno de los principales retos en la gestión eficiente de los mismos. Aunque este problema ha sido estudiado con mayor intensidad en los últimos años, los potenciales usuarios de estos servicios quizá no han sido suficientemente sensibilizados de la importancia de este problema en la atención que es posible dispensar en situaciones de saturación.

Material o pacientes y método:

Búsqueda en el buscador Google® de las noticias que contuvieran las palabras servicio de urgencias y saturación, en cada uno de los años comprendidos por el período 2010-2015. En las herramientas de búsqueda de este buscador se aplicaron los filtros de país (España), ocultando los posibles duplicados.

Resultados:

En cada uno de los años del período de estudio se encontraron los siguientes resultados: Año 2010: 60 noticias, año 2011: 84 noticias, año 2012: 91 noticias, año 2013: 133 noticias, año 2014: 401 noticias, año 2015: 825 noticias.

Conclusiones:

Del análisis de los resultados de este trabajo se objetiva un progresivo incremento del impacto que en las noticias recogidas en Google tienen las palabras servicio de urgencias y saturación. Aunque se trata de un indicador indirecto, parece demostrarse una creciente importancia social al problema de la saturación de los servicios de urgencias en España.

P-263

¿10 AÑOS? EL RD 954/2015 DE PRESCRIPCIÓN ENFERMERA

R Sánchez Bermejo, E Campillo Blázquez, A Chapinal Pablo, MC García Bastida, A Gil Jiménez, CM Moratalla Escribano, R Santana Alcántara

Hospital General Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina, Toledo

Palabras Clave: RD954/2015, prescripción, enfermería

Objetivos:

En las últimas décadas la enfermería ha crecido como profesión, y su actividad ha venido reglada por numerosa legislación, hasta ser considerada como una profesión con independencia y autonomía. Tras la publicación del RD 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros, desarrollando las cuestiones técnicas de las Ley 29/2006 y 28/2009. Numerosas han sido las interpretaciones que se han realizado, unas optimistas y otras casi apocalípticas para la profesión, creando enfrentamientos de competencias asistenciales entre profesionales.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo tipo encuesta de una serie de profesionales de enfermería desde el 11 de febrero. El cuestionario se envió a las diferentes direcciones de correo electrónico y a través de las redes sociales, con la finalidad de llegar al mayor número posible de profesionales. Se trata de una encuesta anónima de auto cumplimentación a la que se accedía por medio de documento Google docs® donde se adjuntaba un acceso directo al cuestionario, si decidían voluntariamente participar en el estudio. El análisis estadístico consistió en un análisis descriptivo expresado como media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico para las variables cuantitativas y como valor absoluto y porcentajes para las variables cualitativas.

Conclusiones:

Según los encuestados, poco más de un tercio se consideran suficientemente informados, recibiendo esta información en su mayoría por medio de redes sociales y colegios profesionales y muy escasamente por la administración. Un cuarto de los profesionales consideran necesaria la acreditación para poder llevar a cabo la prescripción de medicamentos no sujetos a prescripción médica. Más de dos tercios de los encuestados consideran que el RD supone un retroceso para la profesión enfermera y que nada o muy poco ha cambiado su actividad asistencial desde su publicación.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-264

TRASLADO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS POR AMBULANCIAS NO PEDIÁTRICAS: AVANZANDO EN SEGURIDAD

M Hidalgo García, AM Pau Massoni, J Castany Pich, SA Martos García, JM Porta Solsona, JP Fabregat Sanjuan

Base SEM Tarrega. El Bruc, Barcelona

Palabras Clave: transporte pediátrico, sistema de retención infantil, emergencias

Objetivos:

En nuestro territorio, la asistencia y el traslado de los pacientes en edad pediátrica en caso de urgencia y emergencia, es realizado por personal y ambulancias no específicamente pediátricas. Las ambulancias pediátricas de las que disponemos, son de uso exclusivo a traslados interhospitalarios, pero no a la asistencia primaria. Hasta Noviembre 2015, ninguna ambulancia de nuestro territorio disponía de Sistemas de Retención Infantil (SRI) homologados, y el traslado de los pacientes de estas edades se realizaba utilizando métodos de fortuna para adaptar los materiales de adulto y garantizar la seguridad. Actualmente disponemos de dos SRI homologados. Uno para el traslado de los pacientes pediátricos (Pedi-Mate) que se ancla a la camilla de traslado de la ambulancia y es adecuado para diferentes edades y tamaños. Y otro que se adapta a la tabla espinal (Ferno MED kids), destinado a los pacientes pediátricos traumáticos.

Material o pacientes y método:

Breve explicación del material y fotografías de donde se expone como se realizan los traslados antes y después de la adquisición del nuevo material.

Conclusiones:

Desde Noviembre del 2015, las nuevas ambulancias disponen de dos SRI, uno de ellos para el paciente pediátrico traumático. Con estos sistemas de contención pediátricos se minimizan los posibles peligros que enfrentan durante el transporte. Esto es un hecho novedoso, ya que hasta el año anterior, el traslado de los pacientes en edad pediátrica se realizaba con métodos de fortuna para poder garantizar la seguridad.

P-265

IMPLANTACIÓN DE APLICACIONES PARA MÓVILES EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS. PROYECTO EMUYE

E Galán Dorado, M Manzano Luque, MJ Venegas de L'Hotellerie, B Rodríguez Miranda

Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid

Palabras Clave: aplicaciones móviles, vías clínicas, proyecto

Objetivos:

La implantación de las aplicaciones para smartphones en el ámbito de la medicina, nos brinda la posibilidad de gestionar grandes volúmenes de información, de forma rápida, desde la palma de nuestra mano. Estas nuevas herramientas de trabajo podrían mejorar la práctica clínica, unificando criterios de actuación y adaptándolos a un entorno dinámico como el de las Urgencias y Emergencias.

Material o pacientes y método:

Realizamos una revisión de las aplicaciones de smartphones existentes actualmente en el ámbito de las Urgencias y Emergencias, valorando las que nos han resultado más interesantes. Presentamos el proyecto de una nueva App adaptada al Hospital Rey Juan Carlos, detallando el objetivo inicial, estructura organizativa, desarrollo de los contenidos clínicos, fuentes de financiación, promoción posterior y marketing.

Resultados:

El desarrollo de las aplicaciones médicas para móviles, abarca desde las grandes bases de datos internacionales (UpToDate), aplicaciones de búsqueda científica (Pub Med on Tap), entornos multifunción (Medscape) o el soporte móvil de multitud de revistas científicas (NEJM, BMJ, Chest, etc.) a las aplicaciones concretas en forma de vademécum (Medimecum), calculadoras médicas (MedCalc, Qx Calculate, IV Calc) etc. En el entorno de las Urgencias y Emergencias en España también se están desarrollando interesantes aplicaciones: SEMES APP, Estrategias Terapéuticas en Medicina de Urgencias, Global Emergency One. Aportamos nuestra experiencia en el desarrollo de un nuevo proyecto de app médica de Urgencias y Emergencias (manual eMUyE) con un enfoque global e integrador, adaptado a nuestro entorno, haciendo hincapié en la necesidad de unificar vías clínicas y las posibilidades que las nuevas tecnologías nos brindan al respecto.

Conclusiones:

El desarrollo de las app en el entorno médico es imparable. Un buen uso de las mismas nos proporciona grandes utilidades desde el punto de vista profesional en el ámbito de las Urgencias y Emergencias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-266

ANÁLISIS DE LA COMUNICACIÓN EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS SANITARIAS

RM Cárdena García (1), I Cárdena García (2)

(1) UME Segovia GESACYL, (2) Complejo Hospitalario de Segovia. Cuéllar, Segovia

Palabras Clave: comunicación, servicios médicos de urgencia, gestión de la información

Objetivos:

La comunicación es un recurso en los servicios de salud y un activo que hay que gestionar. Además la comunicación es cada vez más un valor creciente que repercute en la imagen del servicio y en la calidad de la vida laboral de los trabajadores. Pero la comunicación no es fácil sino compleja, que requiere relación circular entre emisor y receptor y que exige un alto grado de comprensión.

Material o pacientes y método:

Revisión bibliográfica en bases de datos científicas, limitando la búsqueda a los últimos diez años, en idioma español e inglés, combinando las palabras clave con operadores booleanos (And y OR).

Conclusiones:

La comunicación en un servicio de emergencias es necesaria como en cualquier otra empresa de salud. Existen distintos tipos de comunicación en estos servicios: comunicación interna descendente, ascendente y horizontal y comunicación externa. La comunicación interna permite a la organización mantener la coordinación entre sus partes, pero conlleva unos problemas frecuentes que hay que solventar. La comunicación interna descendente puede obedecer a una sobrecarga de información y saturación o a una ausencia total de noticias, además los mensajes pueden ser ambiguos e imprecisos. La comunicación interna ascendente hace que el trabajador sea más cooperativo mejorando el compromiso con la organización, pero la falta de cultura participativa o el miedo a las repercusiones la limita. La comunicación interna horizontal o trabajo en equipo facilita la coordinación de los trabajadores, pero no es una característica de la cultura mediterránea, lo que dificulta su aplicación. La comunicación externa es tan vital como la interna para un servicio de emergencias, y es interdependiente del resto de comunicaciones que se dan en la empresa de salud. La comunicación interna exige la elaboración de un plan estratégico insertado en la cultura de la organización. Como todo proyecto puede encontrarse con obstáculos en la implantación, que pueden solventarse.

P-267

TRASLADO INVOLUNTARIO

O Marquina Peralta (1), I Feliu Pérez (2), J Oró Fontova (3), JR Ropero Molina (3), JP Fabregat Sanjuán (4), M Porta Rodríguez (4)

(1) VAM Balaguer, (2) SEM/HUAV, (3) SEM, (4) VAM Tarrega. Alcarras, Lleida

Palabras Clave: emergencia extrahospitalaria, enfermedad mental, traslado involuntario

Objetivos:

La atención de la urgencia psiquiátrica domiciliar y el traslado de las personas con enfermedad mental es competencia de los servicios sanitarios, y los mecanismos de atención a esta urgencia que los sistemas públicos pongan en marcha deben ser los mismos que para otra patología. Una urgencia psiquiátrica se convierte en traslado involuntario, cuando los intentos porque el paciente acepte el traslado sean fallidos, es decir en los casos en que manifieste oposición a ser atendido y/o trasladado, provoque una alteración del orden público, o ponga en peligro su integridad física o de otras personas y la conservación de bienes materiales. Y es entonces cuando el abordaje de estos enfermos, se convierte en un abordaje integral donde intervienen además del propio paciente, la familia, juzgados y en muchas ocasiones, los cuerpos de seguridad del estado, reclamados siempre por los servicios sanitarios o por la propia familia. La decisión del traslado de una persona con enfermedad mental en contra de su voluntad, compete al médico responsable de la valoración de dicho enfermo. Ante ésta petición de autorización de traslado urgente, el juzgado de primera instancia remite a los peticionarios, a las estructuras responsables de la atención sanitaria, indicándoles que la urgencia médica es prioritaria sobre la aplicación del Art. 211, debiéndose comunicar al juzgado en un plazo de 24 h, la decisión del traslado y el posible internamiento.

Material o pacientes y método:

Revisión bibliográfica en distintas bases de datos científicas con el fin de determinar la legislación relacionada con el transporte involuntario y la aplicación de dicha legislación en el medio de la asistencia pre-hospitalaria.

Resultados:

Determinar cuál debe ser la correcta actuación ante un paciente que se le deba aplicar un traslado involuntario creando así un algoritmo del procedimiento.

Conclusiones:

Este algoritmo será una herramienta rápida para determinar en qué casos procede realizar un traslado involuntario.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-268

MEDIO EXTRAHOSPITALARIO HOSTIL: RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR SEGURA

A García Hernández, R Cuñado Cerro, R Ramos Gómez,
I Lamas Fernández, ME Azkuenaga Martín, S Malvar González

Ambulancias Gipuzkoa. Ermua, Bizkaia

Palabras Clave: seguridad, paro cardíaco extrahospitalario, resucitación cardiopulmonar

Objetivos:

Atender un paro cardíaco extrahospitalario (PC) es muy habitual dentro del trabajo de un Soporte Vital Avanzado (SVA). Continuos cambios en los protocolos nos hacen estar constantemente actualizados en técnicas y dinámicas a implementar. Pocas veces se incide en la seguridad en nuestras actuaciones, hay que empezar a estimar el desarrollo de las técnicas de Resucitación Cardiopulmonar (RCP) en garantías de seguridad para todos los reanimadores del medio extrahospitalario. Visto este medio como hostil, hay que intentar dotar a las técnicas de reanimación de un valor añadido en pro de la seguridad tanto del paciente como del equipo reanimador. El empleo de material más adecuado en los protocolos de RCP, aporta eficiencia a las maniobras, con objeto de que repercuta en mejorar los porcentajes de supervivencia de los pacientes que sufren una PC.

Material o pacientes y método:

Trabajo observacional descriptivo de la evolución de las técnicas y protocolos de RCP unida a los cuidados en Soporte Vital Básico (SVB) y SVA, en los servicios de emergencias extrahospitalarios, haciendo hincapié en la Seguridad periPCR.

Resultados:

El desarrollo de nuevos materiales sanitarios favorece que la reanimación se realice con mayores garantías de seguridad. El personal sanitario debe formarse y conocer dicho material, para implementarlo dentro de los Protocolos estandarizados. Algún ejemplo: Boca a Boca > Ambú Desfibrilación palas > Desfibrilación Parches Masaje cardíaco manual > Cardiocompresores externos torácicos Abocath sin seguridad > Abocath de seguridad (protector pinchante), etc.

Conclusiones:

La mejor manera de ganar en seguridad sanitaria es integrando los materiales y técnicas más seguras a los Protocolos. Incluyéndolos, garantizamos que sean admitidos y sirvan de guía al equipo que se enfrenta a una PCR, independientemente de la experiencia en reanimación.

P-270

ASIGNACIÓN DE PACIENTES EN UNA UNIDAD CLÍNICA DE CUIDADOS INTENSIVOS Y URGENCIAS

M Rizo Hoyos, MJ Morales Acedo, I Mata Sánchez,
P Castillo Jiménez, G Mesa Ramos, M Zaheri Beryanaki

Hospital de Antequera. Málaga

Palabras Clave: atención médica, traje, protocolos

Objetivos:

Con las nuevas recomendaciones del Plan andaluz de urgencias y emergencias (PAUE) hemos considerado oportuno la actualización del protocolo de asignación de pacientes con el que contaba nuestra unidad desde el 2010.

Material o pacientes y método:

Se ha revisado el protocolo de asignación que disponemos en la Unidad, y las nuevas recomendaciones establecidas por el PAUE.

Resultados:

Actualización del protocolo de asignación en nuestra Unidad, clasificando a los pacientes en 5 prioridades en función de la gravedad y el tiempo en que se debe realizar la primera atención médica. Establecimiento de unos circuitos: crítico, de atención básica, de atención polivalente, traumatológico, obstétrico-ginecológico, pediátrico. Criterios de ingreso en el área de observación (sillones y camas). Establecimiento de circuitos especiales: violencia de género, dolor torácico, código ictus, paciente frágil, código sepsis, código trauma grave.

Conclusiones:

1. El triaje es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos 2. La prioridad clínica requiere la recogida de suficiente información para permitir que el paciente sea situado en una de las cinco categorías que se asigna según la Escala Nacional de triaje, su manejo clínico puede requerir además una comprensión más profunda de las necesidades del paciente, y puede estar influenciada por un gran número de factores externos como la hora del día, el estado del personal. 3. La existencia de circuitos específicos es fundamental, dado la existencia de patologías tiempo-dependientes. Dichos circuitos garantizan el tratamiento mas óptimo para dichas patologías.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

P-271

FACTORES QUE AUMENTAN EL TIEMPO DE PERMANENCIA DE LOS PACIENTES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

L Piedra Antón (1), R Ansorena de Lucio (1), P Muñoz Cacho (2),
L Pino Domínguez (1), E Cámara Cascales (2),
O Valcuende Mantilla (2), M Mauriz Ballester (1)

(1) Hospital Sierrallana, (2) Servicio Cántabro de Salud. Santander

Palabras Clave: servicios médicos de urgencias, tiempo de permanencia, análisis multivariante

Objetivos:

Cada vez más asistimos a un incremento de las urgencias atendidas, lo que condicional un aumento de la presión asistencial, este hecho y el tipo de pacientes que atendemos cada vez más mayores y pluripatológicos condicionan incrementos de permanencia de los pacientes en los servicios de urgencias, ¿pero existen otros factores que influyen en este hecho?, a través de este estudio analizamos posibles variables que pueden influir en el incremento de estancia en las urgencias hospitalarias.

Material o pacientes y método:

Se realiza análisis multivariante para predecir el tiempo de permanencia en el servicio de urgencias de ciertas variables. Se realizó una regresión logística binomial dadas las diferencias de estancias entre la unidad de cuidados intermedios y la sala de evolución. Para ello se utilizó como variable dependiente el tiempo, de corte la mediana que son 93 horas y estudiar dos categorías, los mayores y menores de esa cantidad con las variables independientes continuas: edad, hora de llegada (se utiliza como referencia las horas de noche de 1 a 8 de la mañana), y categóricas: categoría diagnóstica mayor (referencia "categoría 8", enfermedades del aparato musculoesquelético) por ser la más frecuente, día de la semana (referencia, los domingos), procedencia del médico de atención primaria o no (referencia: "acude por sus propios medios"), estación (referencia: "inverno") y centro de atención: Sierrallana/Tres Mares (referencia: "Sierrallana").

Resultados:

La mediana del tiempo de permanencia en urgencias de los pacientes es de 93 horas. Se relaciona, de manera significativa, en un modelo multivariante, con una capacidad predictiva del 78,6%, con la edad de los pacientes, la hora de llegada al servicio, la categoría diagnóstica, si vienen o no remitidos por los médicos de Atención Primaria, la estación del año, y el centro donde se les atiende (Sierrallana/Tres Mares).

Conclusiones:

La hora de llegada, la categoría diagnóstica, la procedencia, el día de la semana y la estación del año también son variables que también condicionan el tiempo de permanencia en urgencias.

P-272

DILEMA ÉTICO ANTE EL ALTA VOLUNTARIA

O Yuguero Torres, V Pujol Aymerich, A Vena Martínez,
A Marí Lopez, C Llobet Pina, MJ Abadías Medrano

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida

Palabras Clave: bioética, emergencias médicas, calidad de la atención de salud

Objetivos:

El alta voluntaria es un mecanismo oficial, en el que el paciente asume la responsabilidad de abandonar un Servicio Hospitalario para no seguir un tratamiento o un ingreso. Para poder firmar, el médico debe asegurarse que el paciente es competente y es consciente de las consecuencias de sus actos, aunque eso pueda suponer un contratiempo. Generalmente los pacientes que solicitan el alta voluntaria suelen generar conflictos y no siempre es fácil su manejo.

Material o pacientes y método:

A raíz del caso de una paciente, reincidente en un servicio de urgencias, sin antecedentes psiquiátricos, que presenta varias altas voluntarias y fugas en los últimos meses.

Resultados:

Se trata de una paciente de 50 años, con VIH, que acude déficits de atención, somnolencia, fatiga y astenia. La paciente rechaza realizarse analítica de sangre, y no toma tratamiento para el control del VIH. En el último mes, ha realizado 2 fugas y 3 altas voluntarias. Finalmente un día, ante la persistencia de malestar y fiebre se realiza analítica de sangre, que muestra una leucopenia significativa, con parámetros inflamatorios elevados. Se realiza TAC craneal que muestra una lesión compatible con toxoplasmosis cerebral, con signos inflamatorios. A pesar de ello, la paciente consigue el alta voluntaria. La paciente consulta de nuevo, y ante el deterioro físico, se fuerza ingreso para tratamiento médico endovenoso. Aun así, la paciente fallece por una sepsis a los 15 días.

Conclusiones:

¿Hasta qué punto era ético dar el alta voluntaria a una paciente con una toxoplasmosis cerebral? A pesar de no ser una paciente incapacitada, la lesión cerebral y su edema, provocaban una alteración de la competencia que impedía que pudiera firmar ningún documento y que no fuera consciente de sus decisiones. Hay que estar seguros que el paciente que tenemos delante es competente, y con herramientas sencillas y una entrevista adecuada podemos estar seguros de actuar correctamente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD, ÉTICA

A-274

IMPLANTACIÓN DE SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y URGENCIAS

JJ Eito Cuello, J Coll Clavero, R Anglés Barbastro, M Griabal García, M Sierra Callau, O Ordás Lafarga, F. Francia Franco

Hospital Barbastro. Azlor, Huesca

Palabras Clave: urgencias, virtual, atención primaria

Objetivos:

La aplicación de las Nuevas Tecnologías a la Medicina de Urgencias, permite asesoramiento Médico Urgente sin que el paciente este en consulta, implicando acceso remoto al Servicio de Urgencias de Nuestro Hospital, pudiendo ofertar opciones para el correcto diagnóstico de patologías, así como de su respuesta terapéutica

Material o pacientes y método:

En Servicio de Urgencias Disponer sala con videoconferencia, teléfono acceso a PCH, intranet. Designar en Horario a un Profesional del Servicio que será el responsable de atender a las interconsultas en tiempo óptimo. En Atención Primaria Disponer de sala de Videoconferencia Habilitar hojas de Consentimiento a pacientes para aceptación de dicho servicio Cualquier patología que por su gravedad o necesidad Urgente que considere el Médico de Atención Primaria apoyo realizara una interconsulta telemática y avisará por teléfono de contacto con el Medico en el Servicio de Urgencias,

Resultados:

Pendientes de realizar a la hora del envío analizados 27 interconsultas en periodo de junio a Octubre de 2015

Conclusiones:

Facilitar la comunicación entre profesiones de Atención primaria y urgencias, disminuir incertidumbre del profesional que debe de tomar una decisión medica en rápido periodo.

A-275

¿DÓNDE ESTÁ EL LÍMITE?

A Mari López, V Pujol Aymerich, M Companys Ferrán, A Vena Martínez, O Yuguero Torres, MJ Abadías Medrano

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida

Palabras Clave: Jehova, witnesses, hernia abdominal, shock séptico

Objetivos:

Por definición, una hernia es la protrusión de cualquier órgano o tejido a través de una abertura en la pared de la cavidad que la contiene. Las hernias más comunes se desarrollan en el abdomen, cuando una debilidad de la pared abdominal genera un espacio, a través del cual se produce una protrusión del peritoneo parietal. Las características importantes de una hernia son el orificio y el saco herniarios. El orificio es el defecto en la capa aponeurótica más interna del abdomen y el saco una evaginación de peritoneo. El cuello del saco herniario corresponde al orificio. La Cirugía de la pared abdominal es una de las más frecuentemente realizadas en un Servicio de Cirugía General, estimándose entre un 10 a un 30% los enfermos operados por patología herniaria en estos Servicios. Esta alta frecuencia lleva asociada una gran trascendencia socioeconómica debido al alto coste que supone la utilización de materiales protésicos y de nuevas tecnologías en la reparación de la hernia, sin olvidar el absentismo laboral y la incapacidad física que produce tanto la patología como posteriormente la cirugía de la misma.

Material o pacientes y método:

Paciente que acude al servicio de Urgencias vía SEM

Resultados:

Mujer obesa de 52 años, traída por el servicio de emergencias médicas en Glasgow 3 (VMI) y choque séptico de origen abdominal. Hernia umbilical estrangulada de gran tamaño, con sufrimiento cutáneo evidente y lesión ampollosa hemática superficial. Anamnesis a la familia revela clínica de una semana de evolución y tratarse de una paciente testigo de Jehová, parece esperaba ser trasladada por la familia a un hospital especializado (documento de voluntades anticipadas de la propia paciente). Finalmente intervención quirúrgica en nuestro hospital con acuerdo previo de la familia, cirujanos y anestelistas, postoperatorio con éxito y correcta evolución.

Conclusiones:

Mujer del siglo XXI capaz de arriesgar su vida por una creencia que reabre el eterno debate con el que todo médico no quiere encontrarse cuando está en juego la vida de una persona. ¿Dónde está el límite?



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 5

Miscelánea, urgencias geriátricas, urgencias pediátricas

28
Congreso
nacional SEMES



EXPERIENCIAS
evolucionando



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 5. MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

O-276

LAS CAÍDAS, CARTA DE PRESENTACIÓN DE LOS PACIENTES ANCIANOS EN URGENCIAS

V Pujol Aymerich, A Vena Martínez, O Yuguero Torre, A Marí López, C Pardos Molina, M Companys Ferrán

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida

Palabras Clave: accidentes por caídas, asistencia a los ancianos, calidad de la atención de salud

Objetivos:

Las caídas representan uno de los problemas más importantes dentro de la población anciana y son una de las principales causas de lesiones, deterioro funcional e, incluso, defunción en este grupo de población. Datos globales apuntan que, aproximadamente, un tercio de las personas mayores que viven en la comunidad se caen cada año y cerca de la mitad de ellas se caen más de una vez. Aproximadamente el 10% de las caídas en ancianos son atribuibles a enfermedades agudas. En el ámbito de la atención de urgencia estudios recientes han objetivado una incidencia de caídas entre un 15-30% presentando solo un 6% de los mismos fractura.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo-prospectivo de los pacientes que presentaron caída sin fractura 80 años valorados por la Unidad de Geriatría de Urgencias (Enero-Diciembre 15). N 304. Se aplicó protocolo de la unidad (datos demográficos/valoración geriátrica integral (VGI) y perfil de la caída).

Resultados:

Demográficos: 130/174. Edad media (84±2DS). VGI: IBarthel: 60 (65%). Pfeiffer < 4 72%). Charlson, 4 (45%). Polifarmacia (67%). Vivían solos (56%). Tele-asistencia (41%). Perfil de las caídas: Etiología: 58%, patología orgánica asociada (42% cardíaco (BAV2°/Taquibradia/ACFA/IAM)/31%. Neurológico: (AIT/ACVh emorragico/C.epileptica) 18%. Fármacos: Franja horaria > fr (6-10am) 47%. Lugar más frecuente: Domicilio 57%. Más de una caída en el último año: 41%. Avisaron ellos mismos: 39%. En un 78% de los casos se determinó la etiología en urgencias

Conclusiones:

1. Nuestro índice de caídas es muy similar al descrito en la literatura, siendo más frecuente en los pacientes independencia funcional, ausencia de deterioro cognitivo y comorbilidad alta. 2. Las caídas fueron más frecuentes en el domicilio, en la madrugada y en un alto porcentaje de pacientes ya habían tenido una previa. 3. Es necesario establecer un protocolo en urgencias para los pacientes con caídas que nos permitan descartar patología orgánica asociada.

O-277

RABDOMIOLISIS EN ANCIANOS CON CAÍDA ACCIDENTAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

G Rodrigo Aispuru, E Vuelta Calzada, T Cano Rodríguez

GAP Burgos. Hospital Santiago Apóstol. Miranda de Ebro. Sajazarra, La Rioja

Palabras Clave: rhabdomyolysis, frail elderly, accidental fall

Objetivos:

Las caídas accidentales en ancianos son un motivo frecuente de consulta en urgencias. Estas pueden ser una potencial causa de rabdomiolisis que puede pasar inadvertida.

Material o pacientes y método:

Estudio de casos y controles en el que se incluyen pacientes mayores de 70 años que consultan al servicio de urgencias hospitalaria por presentar una caída accidental en el período 2015. Se excluyen situaciones tales como síncope o atropello. Se define rabdomiolisis (casos) a un nivel de creatina kinasa (CK) en suero > 1500 UI/L y se asocian diferentes variables clínicas y bioquímicas para determinar factores de riesgo.

Resultados:

Se incluyen 217 pacientes con edad media de 78,3 años, 59% (128) mujeres, 43% de lesiones graves (fracturas, TCE moderado-grave y policontusión) y una prevalencia de rabdomiolisis de 27,2% (59). Se evidencia insuficiencia renal en 55% e hipercalcemia en 34% (p<0.01) de los casos de rabdomiolisis. Los factores de riesgo asociados a rabdomiolisis fueron: presencia de deshidratación (RR 2.3, 1.6-3.4, p<0.01), consumo de estatinas (RR 1.7, 1.3-2.5, p<0.05), >2 horas en el suelo tras la caída (RR 4.3, 3.1-7.2, p<0.01), insuficiencia renal crónica previa (1.9, 1.3-2.6, p<0.05), fractura de cadera (RR 1.5, 1.1-1.9, p<0.05) y policontusión (RR 1.2, 1.0-1.5, p<0.05). A su vez, la rabdomiolisis se asocia a ingreso con mayor estancia hospitalaria (4 vs 7 días, p<0.05) y a mayor mortalidad global al año (14 vs 19%, p<0.01).

Conclusiones:

La rabdomiolisis se presenta en 3 de cada 10 ancianos que se caen, y en muchos casos asociada a insuficiencia renal e hipercalcemia. La presencia de deshidratación, permanencia prolongada en el suelo y uso de estatinas en ancianos con lesiones graves tras una caída accidental deben hacer sospechar rabdomiolisis en el servicio de urgencias. Dado el mal pronóstico que presenta, esta situación debe ser objeto de búsqueda y tratamiento oportuno.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 5. MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-278

MALOS TRATOS REGISTRADOS EN 2015 EN UN HOSPITAL TERCIARIO UNIVERSITARIO

T Martín Acero, C Fernández Alonso, M Lázaro del Nogal, T Martínez Burgoa, MA Benito García, R Lana Soto, L Gallego Freire
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Palabras Clave: malos tratos, urgencias, hospital terciario

Objetivos:

El Hospital Clínico San Carlos dispone de un registro de Malos Tratos (MT) y procedimientos de actuación para posibles casos de violencia de género, infanto-juvenil y en el anciano, desarrollados por la Comisión contra la Violencia (CCV). En el 2015 se ha incorporado el procedimiento de actuación ante sospecha de Sumisión Química (SQ), al considerarse que es otra forma de violencia.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de una cohorte prospectiva de pacientes identificados como casos posibles de malos tratos durante el año 2015 en el Hospital Clínico San Carlos. Se recogieron los datos incluidos en un formulario estandarizado y aprobado por la CCV disponible en la intranet del hospital.

Resultados:

Se registraron 110 casos, 88 (80%) en el Servicio de Urgencias, 13 (12%) en hospitalización y 9 (8%) en consultas. 85 (77%) fueron mujeres y 25 (23%) varones. 13 (15%) fueron < 18 años, 56 (66%) fueron adultos entre 18-65 años y 16 (19%) > 65 años. Los profesionales que han emitido el registro son 63 (57%) médicos, 35 (32%) trabajador social, 6 (5%) psicólogo clínico, 3 (3%) enfermería y 3 (3%) desconocido. Tipos de violencia: 33 (30%) MT físicos, 22 (20%) SQ, 20 (18%) MT físicos y psíquicos, 7 (6%) MT sexuales, 6 (6%) MT Físicos, psíquicos y económicos, 5 (5%) MT psíquicos, 5 (5%) negligencia/abandono, 12 (12%) otras combinaciones.

Conclusiones:

Aproximadamente se registra un posible caso de Violencia cada tres días. Ocho de cada diez casos se registran en Urgencias, por diferentes profesionales sanitarios, sobre todo médicos. El perfil de la víctima suele ser mujer, de mediana edad que sufre sobre todo MT físicos. Seguimos sin registrar MT por omisión. Como novedad, dos de cada diez casos corresponden a sospecha de SQ.

O-279

COORDINACIÓN ENTRE MÉDICOS DE URGENCIAS Y MÉDICOS DE RESIDENCIAS

H de la Torre Martí, C Bermejo Boixareu, R Capilla Pueyo, A Junco García, P Molina Ávila, B Gutiérrez Parres, E Díaz Nájera
Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid

Palabras Clave: coordinación, urgencias, residencia

Objetivos:

Resulta fundamental iniciar programas de coordinación entre médicos de urgencias y de residencias.

Material o pacientes y método:

Creación de un programa de coordinación entre médicos del servicio de urgencias y de residencias públicas y privadas. Selección de los centros socio-sanitarios más frecuentadores. Comunicación a través de un sistema de telefonía móvil de atención continuada por parte del Servicio de Urgencias. Establecimiento de un programa que permitiera la administración intravenosa de medicación en la residencia a aquellos pacientes cuyo criterio de ingreso hospitalario fuera la necesidad de dicha terapia. Registro de los ingresos hospitalarios evitados así como de los pacientes que recibieron el tratamiento en el periodo comprendido entre enero 2012 y diciembre de 2014. Codificación de Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRDs) por el servicio de admisión.

Resultados:

Un total de 50 pacientes pendientes de ingreso hospitalario continuaron su tratamiento en la residencia. Asimismo se evitaron 233 derivaciones al servicio de urgencias, administrándose el tratamiento de uso parenteral en el ámbito residencial. Según los GRDs codificados se traduce en un gasto hospitalario evitado más de 1.013.102,17 euros y 1885 días de estancia evitables. Igualmente fueron atendidas 1716 llamadas durante este periodo de tiempo.

Conclusiones:

La coordinación entre médicos de residencias y urgencias permite una valoración conjunta y continua entre los dos medios asistenciales y una optimización de los recursos. Asimismo se evitan ingresos hospitalarios y efectos secundarios obteniéndose una reducción de costes sin merma en la calidad asistencial de este grupo de pacientes.





CAPÍTULO 5. MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

O-280

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA PROBLEMÁTICA SOCIAL EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

P Morera Pérez, E Montero Romero, C Palacios Gómez,
J Toral Marín, A Zamora Guzmán, A Hervás de la Torre

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Palabras Clave: servicio de urgencia en hospital, urgencias médicas, servicio social

Objetivos:

Los problemas sociales en los servicios de Urgencias Hospitalarias podrían ser causa de un aumento de la demanda asistencial así como del número de ingresos Hospitalarios.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo y retrospectivo realizado mediante la revisión de 194 informes de intervención social de pacientes con problemática social atendidos en el área de Urgencias del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla durante el año 2015.

Resultados:

Se registraron 183 pacientes con problemática social. El 40,99% pertenecía al rango de edad de entre 75 y 96 años (mínimo 16, máximo 96). El 54,10% era hombres. El 94,54% tenía nacionalidad Española. El 45,35% pertenecía a una estructura familiar unipersonal y el 9,84% persona sin hogar. En el 95,08% la demanda asistencial fue la valoración socio-familiar. En el 83,61% el médico de urgencias solicitó la intervención social. Los diagnósticos sociales más frecuentes fueron: el 65,03% problemas derivados del cuidado de la persona enferma, 51,91% alteraciones de la dinámica familiar por problemas de salud, 38,80% situación de dependencia o discapacidad y un 34,43% problemas económicos y de vivienda. Las intervenciones sociales más frecuentes fueron: 90,16% información y orientación, 25,19% la gestión de recursos. El 40,98% fue dado de alta: el 51,87% destino a domicilio y el 18,72% a residencia. El 51,91% fue ingresado en observación ó planta de hospitalización: el 81,05% se consideró por causa orgánica y el 12,63% por causa social. Los días de estancia media hospitalaria fueron 2,09 (IC 95%: 1,42-2,76).

Conclusiones:

La problemática social es una demanda asistencial importante en las urgencias de nuestro medio. Representa un 0,03% del total de ingresos del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla en el año 2015. La intervención social forma parte de la cartera de servicios de nuestras urgencias y ofrece un diagnóstico social que refuerza el diagnóstico y tratamiento médico permitiendo una mejora de la calidad asistencial así como del manejo de recursos sanitarios.

O-281

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL POR UNA URGENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA POTENCIALMENTE GRAVE. INDICADORES DE EVENTOS ADVERSOS (RE-CONSULTA, INGRESO, MORTALIDAD) A MEDIO PLAZO

A García Martínez, M Ortega Romero, C Hernández, S Aguiló,
A Antolín, E. Bragulat

Hospital Clínic. Cornellá, Barcelona

Palabras Clave: cronicidad, geriatría, pronóstico

Objetivos:

Los pacientes con enfermedades crónicas evolucionadas realizan múltiples consultas a urgencias e ingresos no previstos. La visita en urgencias es una oportunidad para detectar necesidades que requieran una intervención específica y mejoren el pronóstico.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo de pacientes que consultan al SU en días seleccionados aleatoriamente. Criterios de inclusión: edad: 65 años, paciente de zona, nivel de triaje III (MAT) y urgencia médico-quirúrgica (no incluye traumatología, otorrinolaringología, oftalmología, psiquiatría, ginecología). Se analizan variables demográficas, antecedentes y características del episodio actual. Se recoge el número de pacientes que re-consulta a un SUH, ingresa o fallece a los tres meses de la visita inicial y se analizan los factores relacionados.

Resultados:

Los días del estudio se atendieron 4143 visitas y 641 (15.5%) cumplían los criterios de inclusión (edad 80 ± 8 años). El 84% tenía alguna enfermedad crónica relevante, siendo las más frecuentes las cardiovasculares y neurológicas. Los diagnósticos más frecuentes durante el episodio actual fueron: insuficiencia cardíaca (8.4%), infección urinaria (5.9%) y dolor abdominal inespecífico (4%). El 44% precisó ingreso hospitalario. A los tres meses de la visita, 238 pacientes (37%) re-consultaron, 133 (20.7%) ingresaron y 68 (10.6%) fallecieron. Se han detectado algunos factores asociados a: 1) re-consulta: visita SUH e ingreso en los 6 meses previos al episodio actual (OR 1,565 [1,106-2,214] y OR 1,637 [1,121-2,389] respectivamente), ingreso en el episodio actual (OR 0,559 [0,391-0,801]), 2) ingreso: visita SUH e ingreso en los 6 meses previos al episodio actual (OR 1,503 [1,01-2,237] y OR 1,809 [1,184-2,765] respectivamente), 3) mortalidad: identificación como paciente complejo (OR 3,594 [1,746-7,399]) e ingreso en los 6 meses previos al episodio actual (OR 2,216 [1,099-4,467]).

Conclusiones:

Los pacientes de la muestra tienen una elevada tasa de eventos adversos a los tres meses de la visita en urgencias. La identificación de factores asociados a mal pronóstico permitiría detectar a los pacientes más vulnerables y plantear intervenciones preventivas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 5. MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-282

MÉDICO PACDIATRA. ¿ESPECIALIDAD O REALIDAD?

ME Azkuenaga Martín, JI Paredes Trigueros, C Morales Alcover,
S Malvar González, R Cuñado Cerro, I Lamas Fernández

Hospital de Mendaro. Eibar, Guipúzcoa

Palabras Clave: urgencias médicas, pediatría, atención ambulatoria

Objetivos:

A la Organización Sanitaria Integrada Debabarrena de Osakidetza, pertenecen los Puntos de Atención Continuada (PACs) de los ambulatorios de Eibar, Ermua y Elgoibar. Dan cobertura a una población de 73.000 habitantes. En el año 2015 estos tres PACs tuvieron un total de 49.920 consultas. Estos PACs atienden urgencias médicas de cualquier edad y los médicos que en ellos trabajan no son especialistas en pediatría.

Material o pacientes y método:

Recogida de datos desde 1 de Enero de 2015 hasta 31 de Diciembre de 2015 de forma retrospectiva a través de la citación administrativa de los tres PACs. Hemos dividido esos datos, en pacientes atendidos menores de 14 años y mayores de 14 años, y a su vez, en pacientes vistos por medicina o por enfermería.

Resultados:

Total: 49920 consultas atendidas entre los tres PACs de las cuales 8.468 (16,96%) son de <14 años. Enfermería 2.243 consultas (11,11%) Medicina 6.225 consultas (20,92%). Pacientes derivados a urgencias del Hospital de referencia, para completar atención o pruebas complementarias 2,6% (mayores y menores de 14 años) Eibar: <14 años 4.111 consultas (17,68%) Enfermería 1297 consultas (13%) Medicina 2814 consultas (21%). Ermua: <14 años 1.997 consultas (14,83%) Enfermería 374 consultas (7,69%) Medicina 1.623 consultas (18,87%) Elgoibar: <14 años 2.360 consultas (17,85%) Enfermería 572 consultas (10,66%) Medicina 1.788 consultas (22,83%).

Conclusiones:

Los resultados son similares en los tres PACs. Medicina atiende prácticamente el doble de paciente pediátrico que enfermería. La realidad es que los Médicos a pesar de no ser Pediatras, algo más de 1 de cada 5 pacientes de su atención ambulatoria, es pediátrico. Esto hace que tengamos que valorar si estamos ofreciendo una cobertura adecuada a ese 20% de población pediátrica que acude al PAC ya que están siendo atendidos por médicos no pediatras. Por otro lado parece que se están haciendo bien las cosas ya que solo se deriva el 2,6%. De todas formas esto genera la necesidad de formación continua en Pediatría y/o la creación de la especialidad de PACdiatría.

O-283

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA ESPAÑOLA, UNA PERSPECTIVA POBLACIONAL

M Expósito Ruiz (1), J Sánchez López (2), M Ruiz Bailén (3),
MM Rodríguez del Águila (3), A Guzmán Úbeda (3),
IM Fernández Guerrero Guerrero (3)

(1) Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. FIBAO,

(2) Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada,

(3) Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras Clave: urgencias pediátricas, accesibilidad, demanda asistencial.

Objetivos:

Pocos estudios sobre la asistencia a urgencias pediátricas se han realizado a nivel nacional en nuestro país, que incluya un análisis de la variabilidad geográfica. La información aportada por la Encuesta Nacional de Salud española (ENS) puede arrojar información relevante al respecto.

Material o pacientes y método:

1ª fase: estudio transversal descriptivo, a partir de los datos obtenidos en la ENS (2011-2012). De los hogares muestreados se han utilizado las encuestas de menores, recogiendo información sobre asistencia recibida (<14 años), características del hogar y de sus progenitores. 2ª fase, diseño ecológico: CCAA como unidad de estudio. Se calcularon estadísticos descriptivos, OR crudas y ajustadas. Coeficiente de Correlación de Spearman.

Resultados:

De los 5.495 encuestados, el 35.0% declaró haber acudido al SU en los últimos 12 meses, siendo su edad media 5.90+/-4.33 años. El sexo varón se asoció a una mayor frecuentación (36.7% vs. 33.1% de mujeres), así como los hijos de progenitores con mayor nivel de estudios (36.8% superiores vs. 30.3% primarios). Se mantuvieron como variables independientes con la utilización de los SU (análisis multivariante) edad del menor (OR ajustada: 0.909[0.894-0.924], y sexo varón (1.202 [1.047-1.381]). Los SU de hospitales públicos son frecuentados en su mayoría por habitantes de municipios grandes y con nivel de ingresos bajo (550-1050€). La utilización de los SU es muy variable entre CCAA, oscilando entre un 24.2% -Melilla- y un 42.8% -Cataluña-, así como el nº de veces que se acude al SU, con una media que varía entre 1.17+/-0.381 al 3.3+/-4.19 (test Kruskal-Wallis, p<0.001). Se encontró una correlación positiva entre la frecuencia de utilización del SU y nº visitas con la población extranjera.

Conclusiones:

La tasa de utilización de los SU encontrada en nuestro país es bastante elevada, sugiriendo un uso inadecuado de los mismos. Existe una variabilidad considerable entre zonas geográficas cuya causa podría explicarse en parte por las características poblacionales.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 5. MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-284

VALORACIÓN NUTRICIONAL EN URGENCIAS EN EL PACIENTE ANCIANO

P García Peña, A Gil Molet, A Urigoitia Ugarte, R Herrería Laherrán
Hospital Santa Marina. Osakidetza, Servicio Vasco de Salud. Bilbao

Palabras Clave: desnutrición, anciano, estancia hospitalaria

Objetivos:

Estudio cuasiexperimental, realizado en urgencias hospitalarias que pretende detectar pacientes desnutridos en urgencias

Material o pacientes y método:

Hemos reclutado 70 pacientes ancianos que acudieron al Servicio de Urgencias a los que se les ha realizado un screening nutricional con MNA SF, se ha valorado mediante escalas su comorbilidad, y se han extraído marcadores analíticos de desnutrición. A los paciente desnutridos se les ha prescrito suplementos dietéticos hiperproteicos y se ha realizado una nueva valoración analítica durante el ingreso en planta. Hemos medido la mortalidad intrahospitalaria de los grupos, y las complicaciones que han surgido.

Resultados:

Edad media es de 84a, procedentes en un 80% de su domicilio con un Barthel al ingreso de 20. Un 40% de los paciente ingresan desnutridos, un 40% con riesgo de desnutrición, y un 20% bien nutridos. De este 20% de bien nutridos, un 27,6% se desnutren durante su estancia hospitalaria y del 80% de desnutridos y riesgo de desnutrición, solo mejoramos su estado nutricional en un 11%. Las complicaciones y la mortalidad intrahospitalaria es más elevada en el grupo de los desnutridos.

Conclusiones:

Elevado porcentaje de desnutridos y riesgo de desnutrición en la población anciana que ingresa en nuestro centro. Se precisa de un buen estado nutricional al ingreso dado que sólo conseguimos una mejora del 11% durante el ingreso. Se trata de una herramienta sencilla, fácil de usar y disponible en la aplicación corporativa. Además existe en nuestra muestra una relación entre estado nutricional al ingreso y complicaciones y mortalidad intrahospitalaria.

P-285

ADECUACIÓN FARMACOLÓGICA EN EL PACIENTE ANCIANO INSTITUCIONALIZADO

A Gil Molet, P García Peña, A Urigoitia Ugarte, R Herrería Laherrán
Hospital Santa Marina. Osakidetza. Servicio Vasco de Salud. Bilbao

Palabras Clave: stopp start, prescripción, urgencias

Objetivos:

Estudio que utilizando metodología STOPP START intenta medir prescripción inadecuada en ancianos desde urgencias hospitalarias

Material o pacientes y método:

Este estudio cuasi-experimental, multicéntrico, se desarrolla en 1 hospital y 17 geriátricos de Vizcaya. Se inició en enero 2014. Hemos registrado variables preintervención de 218 pacientes atendidos en los servicios hospitalarios procedentes de centros geriátricos participantes así como de sus prescriptores. En diciembre de 2014 se realizó la intervención formativa sobre criterios STOPP/START a los prescriptores. Actualmente estamos en la fase de recogida de datos postintervención

Resultados:

En nuestro estudio el 73,7% de los ancianos institucionalizados recibía cinco o más fármacos, siendo la media de fármacos por paciente de 7,8, siendo la media en la bibliografía de 7-13. Hemos detectado un 36,13% de prescripción inadecuada, 11-65% en la literatura. El 27% de nuestros paciente cumplen uno o más criterios STOPP, siendo el del uso de las benzodiazepinas el más prevalente. Un 15 % cumplen uno o más criterios START.

Conclusiones:

Herramienta útil: nos ayuda a conocer la prevalente de la prescripción potencialmente inadecuada. Hemos identificado una familia a mejorar: BZD Evitaríamos ¿complicaciones por los EA?. Opciones recomendadas, higiene del sueño, hipnóticos de corta (zolpidem) Extensibilidad Prescribir BZD para insomnio cuando medidas de higiene del sueño han fracasado No asociar dos BZD. Al comenzar la prescripción, informar al paciente o familiar la necesidad de reducir el consumo tras un tiempo. Realizar revisión e intervenir, indicando una pauta de retirada al paciente (si es posible, de forma escrita). En caso de componente depresivo utilizar antidepresivos (Ej: trazodona) con actividad antihistamínica, que a pesar de no tener evidencia de su utilización a largo plazo, se ha visto que produce menos efectos adversos que las BZD.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 5. MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

O-286

FACTORES EXTRÍNSECOS E INTRÍNSECOS CAUSALES DE LAS CAÍDAS EN LOS ANCIANOS ATENDIDOS POR UNA CAÍDA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

V Torres Machado, C González Jiménez, L Cuccolini, P Javaloyes, S Aguiló, S Lago Esteve

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. IDIBELL. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. IdISSC. Hospital Universitario General de Alicante. Hospital Clínic de Barcelona. IDIBAPS

Palabras Clave: caída, anciano, causas

Objetivos:

Las caídas son un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias hospitalarios, y en muchos casos, se tratan sus consecuencias pero no se estudian sus posibles etiologías. Existen escasos datos sobre los posibles factores causales de las caídas.

Material o pacientes y método:

Subestudio del Registro Fall-ER. Estudio de una serie de casos con análisis transversal que incluyó a todo paciente ≥65 años atendido por una caída en 5 Servicios de Urgencias Hospitalarios durante 52 días prefijados en 12 meses. Se recogieron las variables demográficas, comorbilidad, características de las caídas y factores extrínsecos e intrínsecos causales de la caída.

Resultados:

Se incluyeron 1.547 (HUGA: 385, HCSC: 425, HUCA: 106, HCB: 298, HUB: 333) ancianos con una edad media de 79,7 (DE 8) años, de los cuales 1.071 (69,2%) fueron de sexo femenino. La mediana del grado de comorbilidad fue 4 [RIC 2-6]. Del total, 1137 (78%) la caída fue diurna, siendo presenciada en 816 (57,5%) de las ocasiones. El lugar más frecuente de la caída fue el domicilio (64,8%), siendo el dormitorio la zona más habitual (36,2%). La causa más común de la caída fue extrínseca (59,3%), seguido de la intrínseca (15,6%) y desconocida (14,6%). De las causas intrínsecas, las etiologías más frecuentes fueron: trastorno de la marcha por enfermedad neurológica (26,1%), síncope (24,9%), déficit sensorial (13,1%), artrosis y trastornos del pie (8,6%), vértigo (5,2%), farmacológico (4,9%), infección aguda (4,7%) e ictus (3,7%).

Conclusiones:

Los factores intrínsecos no son infrecuentes, y por tanto deben hacerse valoraciones multidimensionales en los ancianos atendidos por caída en los servicios de urgencias hospitalarios.

O-287

CONSULTA SANITARIA EN LOS CCU: EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

MC Duque del Río, MJ Bennici, E Samaniego Mirón, M Pérez Castro, D Villalobos Buitrago, A López Ballesteros, D. Selva Medrano

Centro Coordinador 112 Guets Sescam. Leganés, Madrid

Palabras Clave: consulta, coordinación, efectividad

Objetivos:

La consulta médica, es atendida por medico de sala. Se clasifica como una urgencia subjetiva, relativa o demorable, pero puede ser un problema mayor que requiere valoración profesional. Enfermería coordinadora, propone cambiar la denominación de consulta médica a consulta sanitaria siendo atendida por enfermería que tiene competencia tanto académica, como legal para la gestión de estas llamadas. Estudio piloto, para valorar la utilidad o no de cambiar el flujo y asignar la consulta sanitaria a enfermería de sala a través del flujo de llamada.

Material o pacientes y método:

Se trata de realizar un estudio inicial piloto, para valorar la utilidad o no de cambiar el flujo y asignar la consulta sanitaria a enfermería de sala a través del flujo de llamada. Estudio de intervención, operacional evaluativo, cuali-cuantitativo, prospectivo y transversal. Siendo N, el número total de llamadas del 112 de CCU GUETS - SESCAM, dentro del periodo comprendido entre 10 de Octubre del 2014 y 10 de Mayo del 2015 (una vez/semana un día diferente de lunes a domingo). Selección aleatorizada de la muestra del flujo de llamada con criterios de inclusión. Muestra total=300 consultas, muestra analizada= 100. Indicadores: Incidencia de llamada con criterio de consulta sanitaria. Nivel de cumplimiento del flujo de llamada. Derivación de llamada a: 1. Médico de sala, 2. Recurso sanitario avanzado (UVI-SVE), 3. Urgencias de atención primaria, 4. Urgencias hospitalarias. Nivel de satisfacción sobre el resultado de la gestión de la consulta. Análisis estadístico: Microsoft office 10 - hoja de cálculo excell, estadística inferencial básica.

Resultados:

1.410 llamadas recibidas, el 62,3% entre febrero y mayo de 2015; 2,92% de todas las llamadas seleccionadas han sido derivadas en flujo. El 98% clasificadas como competencia de enfermería. El 12% derivación; 87% resueltas en sala; 5,62% encuestas realizadas. Media satisfacción: 7,38. El 59,68% encima o igual a 8.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 5. MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-288

INSOMNIO EN MÉDICOS Y ENFERMEROS DE URGENCIAS

A López Hernández, I López Hernández, A Darías Acosta,
L Travería Becquer, M Expósito Rodríguez, C Gironés Bredy,
G Burillo Putze

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna-
S/C de Tenerife

Palabras Clave: insomnio, consumo de fármacos, urgencias

Objetivos:

Poco se conoce en España sobre la presencia de insomnio y los métodos para combatirlo, por parte de los profesionales de urgencias.

Material o pacientes y método:

Estudio trasversal, observacional, descriptivo mediante encuesta anónima por correo electrónico (google docs). El universo muestral fueron los profesionales de los servicios de urgencias en España. Reclutamiento realizado entre 20/10/2014 y 17/07/2015. Se analizaron los datos demográficos y profesionales, existencia de enfermedad mental previa, presencia de insomnio y medidas farmacológicas y no farmacológicas en su tratamiento.

Resultados:

71 profesionales: 46,6% enfermeros y 47,9% médicos. Reconocieron enfermedad mental o trastorno reactivo diagnosticado el 2,8%. Tenían insomnio el 35,2% (40% hombres y 34,4% mujeres, $p=0,355$). Por profesiones el 45,9% de los médicos y el 26,5% de los enfermeros lo presentaron ($p=0,455$). Se encontró diferencia en la incidencia respecto al lugar de ejercicio profesional ($p=0,001$). La tasa más alta la presentan los trabajadores de urgencias hospitalarias (57,4%). No se pudo hallar diferencia entre horario laboral ($p=0,375$), número de horas trabajadas ($p=0,944$) ni en la realización de deporte habitual ($p=0,373$). Para tratar el insomnio usaban infusiones y/o homeopatía el 11,3%, ejercicio físico el 7% y medicación 7%. Hubo diferencia en la toma de hipnóticos y benzodiacepinas ($p=0,05$). La toma de benzodiacepinas se relacionó con la edad ($p=0,05$), no existiendo esta diferencia en la toma de los hipnóticos ($p=0,17$). En la muestra de profesionales sanitarios en España, el 5% de los sanitarios reconocieron enfermedad mental o trastorno reactivo y un 31,7% insomnio. Tienen insomnio en relación con la rotación de turnos el 3,5%. Usaban medidas naturales, infusiones, homeopatía el 11%, ejercicio físico el 5,3% y medicación 4,8%.

Conclusiones:

Los médicos y enfermeros que trabajan en urgencias presentaron una tasa de insomnio similar al resto de profesionales sanitarios, excepto en los trabajadores de urgencias hospitalarias cuyos valores doblan el de sus compañeros. El insomnio constituye un problema de salud en trabajadores de urgencias hospitalarias.

P-289

HELITRANSPORTE MÁS SEGURO EN PACIENTES TRASLADADOS CON INCUBADORA

MV Megía Sánchez (1), E González Sánchez (1), MJ Acien Lorca (2),
R Estévez Montes (1), MJ Andrés González (3), C. Megía Llamas (3),
B Mac Gowran (1)

(1) INAER Helicópteros, (2) 112 Sescam, (3) 112 SES. Bohonal de Ibor,
Cáceres

Palabras Clave: helitransporte, incubadora, seguridad

Objetivos:

Los traslados interhospitalarios con pacientes prematuros en incubadora, son cada vez mas frecuentes y nos hemos dado cuenta de que las medidas de sujeción del pequeño, una vez que esta dentro de la incubadora, son insuficientes y ponemos en riesgo la seguridad de un paciente tan frágil y tan complicado de manejar.

Material o pacientes y método:

Revisamos 10 casos de pacientes prematuros trasladados en incubadora por la UVI 2 de Toledo y por el Helicóptero Sanitario Gigante 2 (Ciudad Real) entre Abril y Diciembre de 2015. Hemos valorado la comodidad, seguridad y estabilidad de los pacientes.

Resultados:

Para el personal sanitario que realiza el traslado con incubadora, resulta mas cómodo el transporte terrestre (UVI Móvil) debido a que en caso de complicaciones del paciente, la amplitud del vehículo permite un mayor margen de maniobras, así como tener la posibilidad de que otros profesionales del equipo puedan colaborar rápidamente con nuestras actuaciones. Por otro lado, si la carretera esta en mal estado, tiene curvas o badenes, si el conductor realiza aceleraciones o frenadas bruscas o en caso de choque, los neonatos pueden sufrir lesiones por la inercia y tener un mayor riesgo de complicaciones. No tenemos ningún tipo de dispositivo de sujeción (tipo Kidy Safe o Cinturones de Seguridad) una vez que el niño esta dentro de la incubadora. El medio aéreo es mucho mas seguro en este sentido y hay menor riesgo de que el paciente se mueva y pueda salir despedido.

Conclusiones:

A la hora de decidir que medio de transporte emplearemos para trasladar a un paciente en incubadora, debemos tener en cuenta que el helitransporte es el medio mas adecuado si pensamos en la seguridad del niño.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 5. MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

O-290

CONSUMO DE RECURSOS DE LAS CAÍDAS EN LOS ANCIANOS ATENDIDOS POR CAÍDA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

S Aguiló Mir (1), V Canto Blázquez (2), M Álvarez Carretero (2), I Baño (3), V Torres Machado (4), R Cenjor (5), F Martín Sánchez (5)

(1) Hospital Clínic. Barcelona, (2) Hospital Clínico San Carlos. Madrid, (3) Hospital Universitario General de Alicante, (4) Hospital Universitario Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. Barcelona, (5) Hospital Central de Asturias. Oviedo

Palabras Clave: caídas, ancianos, recursos

Objetivos:

Las caídas son un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias hospitalarios. Existen escasos datos sobre el consumo de recursos hospitalarios consumidos en la atención de dicho proceso urgente.

Material o pacientes y método:

Subestudio del Registro Fall-ER. Estudio de una serie de casos con análisis transversal que incluyó a todo paciente ≥65 años atendido por una caída en 5 Servicios de Urgencias Hospitalarios durante 52 días prefijados en 12 meses. Se recogieron las variables demográficas, comorbilidad, traslado en ambulancia, pruebas complementarias, tratamientos, interconsultas y necesidad de hospitalización.

Resultados:

Se incluyeron 1.547 (HUGA: 385, HCSC: 425, HUCA: 106, HCB: 298, HUB: 333) ancianos con una edad media de 79,7 (DE 8) años, de los cuales 1.071 (69,2%) fueron de sexo femenino. La mediana del grado de comorbilidad fue 4 [RIC 2-6]. Del total, 674 (43,6%) se trasladaron al hospital en ambulancia, 664 (42,9%) recibieron al menos una analítica sanguínea, 200 (2,9%) gasometría arterial y/o venosa, 16 (1,0%) monitorización sanguínea de fármacos, 1.305 (84,4%) radiografía, 436 (28,5%), 436 (28,5%) electrocardiograma, 14 (0,9%) ecografía, 375 (24,6%) tomografía computarizada, 338 (21,8%) valoración médica, 880 (57,4%) traumatológica, 287 (18,7%) quirúrgica, 37 (2,4%) del asistente social y 10 (0,7%) del terapeuta ocupacional. En lo que se refiere al tratamiento en urgencias, 813 (53,1%) recibieron al menos la prescripción de un fármaco, 211 (13,9%) puntos de sutura, 575 (37,9%) inmovilización o férula y 176 (11,6%) intervención quirúrgica. 357 (23,2%) tuvieron la necesidad de un ingreso hospitalario. hospitalario.

Conclusiones:

La atención urgente de las caídas en el anciano ocasiona un elevado consumo de recursos tanto a nivel extrahospitalario como hospitalario.

P-291

¿QUÉ OCURRE EN LA UNIDAD DE OBSERVACIÓN?

A Herrero Valea, Y García Bango, C Álvarez Nogueiro, M Valencia Landa

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Palabras Clave: unidad de observación, urgencias, protocolos

Objetivos:

Las Unidades de Observación (UO) son una alternativa eficiente a la hospitalización tradicional, y un buen medio para los protocolos de alta resolución.

Material o pacientes y método:

Se estudiaron los pacientes ingresados en la UO durante los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre de 2015. Durante el período de estudio ingresaron en la UO 2.313 pacientes, se seleccionaron 150 pacientes de cada mes de manera aleatoria simple, obteniendo una muestra final de 450 pacientes. Se realizó un estudio descriptivo longitudinal prospectivo.

Resultados:

Se obtuvo una edad media 74,40 (DE= 19,04, mediana = 81). El 56,4% fueron mujeres. Los diagnósticos más frecuentes: infección respiratoria 16,2%, insuficiencia cardíaca 10,2%, traumatismo craneal 8,4% e infecciones del tracto urinario 8%. El 77,8% de los pacientes quedaron a cargo de urgencias, el resto de los servicios que con mayor frecuencia se beneficia de la unidad son neurología 6%, urología 4% y neurocirugía 3,8%. Un 53,7% de los ingresos forman parte de algún protocolo, de estos el 59% eran pacientes para valoración por geriatría. La estancia media desde la admisión en urgencias hasta el alta fue de 23,60 horas. La estancia es superior en aquellos pacientes que acaban ingresando en una unidad de hospitalización convencional $p=0,028$. El 61,6 % fue alta a domicilio. Del 37,3% de los ingresos el 68,63% fueron al servicio de geriatría, y un 12,6% en medicina interna (por no tener disponible camas para ingreso en geriatría). Si relacionamos los ingresos con alguna de las características de la muestra para buscar algún factor predictivo no encontramos resultados con significación estadística ($p>0,05$).

Conclusiones:

Hacemos un buen uso de nuestra UO, los tiempos de estancia son adecuados y el número de altas también. Los protocolos que llevan un tiempo en funcionamiento son una pequeña proporción de su uso. Sería interesante plantearnos algún nuevo protocolo en función de los datos obtenidos (TC, dolor, arritmias, etc). Si hubiera más presencias de geriatría en nuestro servicio la disponibilidad de la UO aumentaría.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 5. MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-292

SINTOMATOLOGÍA ANSIOSODEPRESIVA, BURNOUT Y CONSUMO DE TÓXICOS EN MÉDICOS Y ENFERMEROS DE URGENCIAS

A López Hernández, I López Hernández, A Darías Acosta, I Travería Becqer, M Expósito Rodríguez, S Vargas Rodríguez, G Burillo Putze

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna-S/C de Tenerife

Palabras Clave: burnout, tóxicos, urgencias

Objetivos:

En España existen pocos estudios sobre salud psicosocial, estilo de vida y consumo de tóxicos en personal sanitario, y menos en trabajadores de Urgencias y Emergencias.

Material o pacientes y método:

Estudio trasversal, observacional, descriptivo mediante encuesta anónima por correo electrónico (google docs). El universo muestral fueron los profesionales de urgencias de España. Reclutamiento realizado entre 20/10/2014 y 17/07/2015. Se analizaron los datos demográficos y profesionales, encuesta modificada de edades, tabaco, alcohol, Test de Goldberg y Copenhagen Burnout Inventory (CBI). Subestudio de la Tesis doctoral "Aspectos de salud psicosocial, estilo de vida y consumo de tóxicos en trabajadores sanitarios universitarios. Universidad de La Laguna, 2016".

Resultados:

Contestaron 71 profesionales de urgencias (46,6% enfermeros y 47,9% médicos). Consumían tabaco el 9,9% los últimos 30 días. El 22,5 % presentaba un consumo perjudicial de alcohol de riesgo. El 1,4% consumían cannabis habitualmente y un 18,3% lo había probado o consumía esporádicamente. Un 2,8% consumían esporádicamente o había probado cocaína. Presentaron una puntuación en el Test de Goldberg de ansiedad igual o mayor de cuatro un 39,4% y una puntuación en el test de depresión igual o mayor a dos el 36,6%. En el CBI puntuaron en rango preocupante y/o agotados física y mentalmente en relación con clientes/pacientes el 25,4%, en el aspecto personal el 26,8% y en el aspecto relacionado con el trabajo el 33,8%. Respecto al grupo de estudio general (trabajadores sanitarios universitarios), el 6,2% de éstos habían fumado en los últimos 30 días, presentaban consumo de riesgo de alcohol el 16,5%, el 4,4% había probado el cannabis y el 2,7% la cocaína. El grupo de trabajadores más afectados por burnout en la esfera de trabajo fueron los trabajadores de urgencias hospitalarias (57,9%).

Conclusiones:

El consumo de riesgo de alcohol de los médicos y enfermeros que trabajan en urgencias supera en rango preocupante al de los trabajadores en España. Los síntomas ansiosos y depresivos así como el burnout alcanzaron niveles alarmantes, siendo el componente relacionado con el trabajo el factor más influyente.

P-293

ACCIDENTES DE BUCEO: EPIDEMIOLOGÍA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA Y USO DE LA CÁMARA HIPERBÁRICA

G Burillo Putze, E Alonso Lasheras, M Benito Lozano, A González Díaz, M Expósito Rodríguez, JM Pérez Rodríguez, E Siverio González

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna-S/C de Tenerife

Palabras Clave: accidente descompresivo, disbarismo, buceo

Objetivos:

Se estiman en España entre 80-100 accidentes por año, de los que un 35% son graves y un 5-10% son extremadamente graves. En Canarias existen registrados 94 centros de buceo, con una media 5.000 inmersiones/centro. Existen pocos estudios en España sobre la epidemiología de los accidentes de buceo y el uso en su tratamiento de la cámara hiperbárica.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo observacional de accidentes de buceo que habían acudido al Servicio de Urgencias del HUC, único centro sanitario público de Canarias que cuenta con una guardia de Medicina Hiperbárica y una cámara H24, entre enero de 2008 y noviembre de 2015.

Resultados:

Se realizaron 183 llamadas al personal de guardia de Medicina Hiperbárica, siendo atendidos 91 pacientes por accidente de buceo y distintas patologías de origen disbárico. Nuestro paciente tipo es un varón de 40 años, con 6 o más años de experiencia como buceador, que tras realizar una inmersión por la mañana a unos 35 metros de profundidad y 50 minutos de duración, comienza con síntomas de enfermedad descompresiva, acudiendo al Centro de referencia 14 horas después. Después de su valoración previa, se realiza tratamiento recompresivo en cámara hiperbárica (en un 76%), tratamiento que empieza 1 hora después de su llegada, recuperándose y quedando, en un 92%, sin secuelas. El 76% de los accidentes de buceo que llegan al HUC precisan de tratamiento recompresivo en cámara hiperbárica. El tratamiento recompresivo dejó una baja tasa de secuelas (7,8%).

Conclusiones:

Hay que tener presente la enfermedad descompresiva en los buceadores en apnea. En Canarias se bucea de forma segura, tanto por el número de casos de enfermedad descompresiva que se han atendido, como por los tipos de asistencia y, sobre todo, por las pocas secuelas que quedan tras el tratamiento hiperbárico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 5. MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-294

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN ANCIANOS: ¿OBSERVAMOS O PERDEMOS TIEMPO?

S Gayoso Martín (1), JF Madrigal Valdés (1), M Pouplana Malagarria (2), C Tejero Pallarés (1), MA Huerta Fernández (1), P Arcas Juan (2), C Bischofberger Valdés (1)

(1) Hospital de El Escorial, (2) Centro Salud Colmenarejo. Madrid

Palabras Clave: traumatismos craneocerebrales, hemorragia intracranial, ancianos

Objetivos:

El TCE (traumatismo craneoencefálico) es prevalente en ancianos. No existen guías que indiquen su manejo según el riesgo de Hemorragia intracranial determinado por comorbilidad y edad. En nuestro centro supone un alto número de camas en urgencias debido a que, aunque no está claro, se mantiene en observación de 12 a 24 horas según medicación que recibe el paciente.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo observacional de 173 ancianos con TCE en UHE, hospital comarcal con alta proporción de población geriátrica.

Resultados:

El 66.1% eran mujeres. El 91.9% presentaron un TCE de baja energía. El 89% presentaron un TCE mínimo según escala de HISS, el 7.6% leve y el 0.6% grave. AL ingreso el 94% tenían un Glasgow de 15. El 93% de los pacientes tuvieron TAC craneal al ingreso normal. De estos sólo un paciente (de 159) empeoró su situación durante su observación en urgencias (presentó mareo) sin hemorragia intracranial al repetir el TAC craneal. Este paciente estaba en tratamiento anticoagulante, con INR en rango, sin otros factores de riesgo de HIC. De los pacientes que presentaron HIC al ingreso sólo 2 de 12 llevaban más de 8 horas de evolución hasta la realización del TAC. De los pacientes sin hemorragia intracranial, se realizó un seguimiento a los dos meses a 40 de ellos. Ninguno presentó HIC, el 76.2% mantuvieron su situación basal, 14.3% presentaron deterioro de esta, el 9.5% fallecieron (ninguno por hemorragia intracranial).

Conclusiones:

Tan solo un paciente con TAC normal al ingreso ha presentado clínica durante su observación, que ha hecho necesario repetir una prueba de imagen, siendo esta normal. La mayoría de los pacientes con TAC normal al ingreso mantuvieron su situación basal igual a los dos meses. Es necesario realizar más estudios para ver si es posible mantener en observación a los pacientes con TCE y TAC normal al ingreso, tan solo 8 horas en observación.

P-295

ABORDAJE DEL PACIENTE CRÓNICO-COMPLEJO AVANZADO EN ATENCIÓN CONTINUADA

MD Alsina Coll, J Griñón Toledo, P Carbó de Puig, C Gassen, G Borràs Pallí, I Roig Losantos

Área Básica de Salud Sant Feliu de Guíxols. Corçà, Girona

Palabras Clave: enfermedad crónica, atención ambulatoria, calidad

Objetivos:

La mejora del sistema sanitario permite una mayor esperanza de vida generando mayor número de situaciones de dependencia y pluripatología. Dentro del plan de salud de Cataluña 2011-2015 se puso en funcionamiento el Programa de Atención de Pacientes Crónicos Complejos (PCC) y el Modelo de Atención a la Cronicidad Avanzada (MACA). Su objetivo es mejorar la calidad asistencial de estos grupos de pacientes, respondiendo a sus enfermedades crónicas y descompensaciones, manteniendo su bienestar domiciliario en la medida de lo posible. En el Área Básica de Salud (ABS) de Sant Feliu de Guíxols se inició el programa de Gestión de Casos a cargo de enfermeras Gestoras que coordinan los distintos niveles asistenciales para estos pacientes: Atención Primaria - Atención Continuada (AC)- Socio Sanitario - Hospital.

Material o pacientes y método:

Presentamos un estudio descriptivo retrospectivo que recoge 308 pacientes PCC/MACA registrados en Gestión de Casos, desde el 02/09/2013 hasta 29/02/2016. Se analiza el lugar de demanda generada: domicilio o punto de atención continuada (PAC), el tipo de demanda: patología de base, patología oportunista o exitus, y la resolución de la demanda: traslado hospital, domicilio o exitus.

Resultados:

El porcentaje de pacientes que solicitan demanda en AC es similar para los dos grupos: MACA 44,7% y PCC 42,1%. Los PCC generan mayor demanda en PAC (74,80%). En pacientes MACA el número de visitas es similar en domicilio (49%) como en PAC (51%). Los MACA generan más visitas por Patología de Base (65%), mientras que los PCC por Patología oportunista (55,60%). Independientemente del tipo de demanda, en los dos grupos objetivamos mayor resolución de las visitas generadas con derivación a domicilio: MACA 74% y PCC 66%.

Conclusiones:

La AC garantiza la continuidad asistencial de calidad en pacientes PCC/MACA en su entorno, respetando su bienestar y con buena respuesta a sus descompensaciones. La coordinación entre gestoras y profesionales de guardia facilita mayor resolución, en domicilio, de la demanda generada en AC por estos pacientes.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 5. MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-296

MODELO DE ATENCIÓN URGENTE AL ANCIANO FRÁGIL EN URGENCIAS

F Fuentes Felipe, B García Fontenía, S Clemente Da Silva,
Y Tasse Herrero, L Basagoiti Salazar, E Alcántara Álvarez,
I Urrutia Johanson

Clínica IMQ Zorrotzaurre. Bilbao

Palabras Clave: anciano, fragilidad, urgencias

Objetivos:

Los ancianos representan entre el 15-25% de las visitas a Urgencias. Tienen mayor probabilidad de comorbilidad, atipicidad, polifarmacia, precisan mas pruebas y más tiempo en Urgencias, mayor probabilidad de ingreso, de altas con problemas no detectados. Es necesaria la estabilización y el tratamiento del proceso agudo y disponer de un plan estandarizado de cuidados al anciano frágil (persona débil con riesgo elevado de perder la capacidad funcional pero todavía independiente).

Material o pacientes y método:

Elaboración conjunta entre el Servicio de Urgencias y los Servicios de Geriatría de un plan de cuidados específicos en Urgencias que incluya la valoración geriátrica adaptada a Urgencias. Cribado de fragilidad en el triaje con la escala ISAR modificada (≥ 70 , el episodio agudo implica ayuda para las ABVD, problemas serios de memoria, ≥ 3 fármacos, ingreso en los últimos 6 meses). Valoración medica y de enfermería, que incluya además de la clínica, la funcional, la mental y la social, con las diferentes escalas Barthel, Pfeiffer, Stop-Start...

Resultados:

Si intervenimos activamente con un plan de cuidados estandarizado, tanto para el paciente que ingresa desde Urgencias como para el que recibe el alta, podemos evitar el deterioro funcional, disminuyendo la institucionalización, las visitas, la hospitalización...

Conclusiones:

Simplificando el modelo de atención urgente al anciano frágil en urgencias con el diseño de un plan de detección precoz y de un plan de cuidados estandarizado, nos ayuda a intervenir sobre el deterioro funcional, disminuyendo la frecuencia de reingresos y visitas, y el coste de la atención y nos permite realizar un plan de seguimiento tras el alta con la adecuada coordinación entre niveles asistenciales.

P-297

FACTORES PREDICTIVOS DE LA MORTALIDAD A 90 DÍAS DE LOS PACIENTES CRÓNICOS PLURIPATOLÓGICOS COMPLEJOS DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD QUE INGRESAN A TRAVÉS DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

F García Martín, M Hernández Gajate, M Giraldo Pérez,
I González Manzano, R López Izquierdo, J Álvarez Manzanares,
V García Vesga

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Palabras Clave: urgencias, cronicidad, mortalidad

Objetivos:

Tras la implantación de la estrategia de atención al paciente crónico, es importante analizar el uso de las urgencias hospitalarias por parte del mismo, con el fin de establecer protocolos de actuación eficientes.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo. Ámbito: urgencias hospitalarias. Criterios inclusión: pacientes >14 años ingresados desde SU estratificados como G3 desde 1/1/15-31/3/15. Variables: género, edad, grupo de edad, turno, remitido, institucionalizado, motivo consulta, pruebas complementarias, diagnóstico, servicio ingreso, estancia media, alta sociosanitaria, interconsulta unidad continuidad asistencial (UCA), reingreso, M90, patologías utilizadas para estratificación, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, temperatura. Variable dependiente: M90, variables independientes: el resto. Análisis univariante: Comparación variables cuantitativas: t de Student, cualitativas: Chi cuadrado, significación $p < 0,05$. Análisis multivariante: regresión logística binaria. Estudio del área bajo la curva (ABC) de rendimiento diagnóstico (ROC) creada mediante regresión logística con IC 95%. Software: SPSS 20.0.

Resultados:

ZBS: 17.600 pacientes, G3: 1.069 (6,07%), ingresan 133 (12,44%). Varón: 64%, Edad media: 75,53 (12,7), tramos: <65 : 17%, 65-84, 66%, >85 , 17%. Turnos: mañana 50,8%, tarde 31,8%, noche 15,9%. Remitido por: 112: 57,6%, petición propia: 35,6%, primaria: 3%. Institucionalizado 14,6%. Motivo consulta más frecuentes: disnea: 60%, fiebre: 12%, dolor torácico: 11%. Pruebas complementarias: analítica: 97,7%, radiografía: 90,8%, ECO: 5,4%, TAC: 10%. Diagnósticos más frecuentes: OCFA: 28%, infección respiratoria: 26%, insuficiencia cardiaca: 11%, neoplasia: 11%, cardiopatía isquémica: 10%. Servicio ingreso: neumología: 37%, medicina interna: 35%, cardiología: 12%. Estancia media: 8,73 (6,88). Alta sociosanitaria: 12,3%. Interconsulta UCA: 4,6%. Reingreso: 53,1%. M90: 30%. Análisis univariante: variables cualitativas asociadas a M90: neurodegenerativas, diabetes mellitus, hepatopatías, osteomuscular y neoplasias ($p < 0,05$). Análisis multivariante: solo asociación entre M90 y neoplasias con OR: 3,22, IC 95%(1,24-8,35) $p < 0,05$. ABC ROC del modelo multivariante: 0,746, IC 95%(0,65-0,84).



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 5. MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Conclusiones:

La M90 es elevada y se asocia con padecer patologías neurodegenerativas, osteomusculares diabetes, hepatopatías o neoplasias. En análisis multivariante esta asociación se establece de forma independiente con padecer neoplasias y el modelo de ABC es de 0,74. Destaca la elevada tasa de reingreso que refleja fragilidad por continuas reagudizaciones de patologías crónicas.

P-298

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN ANCIANOS: FACTORES DE RIESGO DE HEMORRAGIA INTRACRANEAL

S Gayoso Martín (1), JF Madrigal Valdés (1), M Pouplana Malagarria (2),
C Tejero Pallarés (1), MA Huerta Fernández (1), FJ Alvarado (1),
C Bischoffberger (1)

(1) Hospital de El Escorial, (2) Centro de Salud Colmenarejo. Madrid.

Palabras Clave: traumatismos craneocerebrales, ancianos, hemorragia intracranial

Objetivos:

El TCE es prevalente en ancianos. No existen guías que indiquen su manejo según el riesgo de HIC determinado por comorbilidad. Supone un alto número de pruebas de imagen, sin estar bien definido a quién y cuándo hay que realizárselas.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo observacional de 173 ancianos con TCE en hospital comarcal con alta proporción de población geriátrica.

Resultados:

El 66.1% eran mujeres. El 91.9% presentaron un TCE de baja energía. El 89% presentaron un TCE mínimo según escala de HISS. 94% tenían un Glasgow de 15. El 93% de los pacientes tuvieron TAC craneal al ingreso normal. 18% tenían insuficiencia renal (IR) al ingreso o como antecedente, 2.4% hepatopatía, 10.2% trombopenia, ninguno antecedentes de hemorragia mayor en las últimas semanas y 0.6% de cirugía mayor. El 33.5% estaban anticoagulados con acenocumarol, de ellos el 48% con INR en rango. El 7% presentó una HIC al ingreso. 13.8% de ellos tenían IR, 25% hepatopatía, 12.5% trombopenia, ninguno antecedentes de hemorragia mayor o cirugía mayor en las últimas semanas. El 66.6% eran mayores de 80 años, el 91.6% mayores de 75 años. Existe una relación clínica entre HIC e IR (8HIC en 137 pacientes sin IR y 4 HIC en 29 pacientes con IR) pero no es estadísticamente significativo (p 0.135). Lo mismo ocurre con la trombopenia (10 HIC en 150 pacientes sin trombopenia, 2 HIC en 16 pacientes con trombopenia (con una p de 0.325. Se observa también una relación entre hepatopatía y HIC (11 HIC en 162 pacientes sin hepatopatía, 1 HIC en 4 pacientes con hepatopatía) no significativa estadísticamente (p 0.26) Teniendo en cuenta los factores de riesgo existe un 2.7% de HIC sin FR, un 6.9% cuando hay 1 FR, 8.3% cuando hay dos FR, un 12% de casos que presentan 3 FR.

Conclusiones:

Existe una diferencia clínica entre la incidencia de HIC en pacientes con factores de riesgo aunque son necesarios mas estudios para determinarlo con certeza y cuantificar el peso de cada uno de estos factores, así como la edad.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 5. MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-299

ESTUDIAR EL NIVEL DE ASERTIVIDAD DE LOS PROFESIONALES DE URGENCIAS HOSPITALARIA Y EXTRAHOSPITALARIA DE LA REGIÓN DE MURCIA

JM Marín Martínez (1), A Cantero Sandoval (1), R Rojas Luán (1), ME Torres Marín (1), C Cervantes García (2), MC Soto Bernal (1), JM Martínez Zapata (1)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Virgen de la Arrixaca,

(2) Hospital de los Arcos San Javier. Murcia

Palabras Clave: assertiveness, assertive behavior, communication doctor, patient

Objetivos:

La asertividad es una habilidad necesaria para la negociación en comunicación, y por tanto, necesaria para la relación profesional-pacientes

Material o pacientes y método:

Escala de asertividad de Médicos y enfermeros de los 9 hospitales (H) 27 SUE y 17 UMEs de la región Muestra aleatoria simple formada por médicos (M) y enfermeros (E) calculada según la plantilla de Sistema regional de Salud en septiembre 2014. El instrumento es la ?Escala Multidimensional de Asertividad (EMA) desarrollada por Flores y Díaz-Loving (2004) y Editada por Manual Moderno (vendida por Pearson en España), consta de 45 afirmaciones o ítems tipo Likert de cinco opciones de respuesta (1 a 5), de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo, con tres dimensiones: asertividad indirecta, no asertividad y asertividad. Realizada entre octubre 2014 y julio 2015 Análisis estadístico: paquete estadístico SPSS, significativos $p < 0,05$.

Resultados:

UH 100%, SUE 81,48%, UMEs 88,2%, ? Médicos SUE 84 Edad 47,14± 10,4 Hombres 66,9% UME 36 Edad 46,6±7,6 Hombres 41,7% UH 137 Edad 41,88±7,9 Hombres 53,8%. Enfermeros SUE 86. Edad 44,84±9. Hombres 63,7. UME 37. Edad 45,06±6,3. Hombres 70,3%. UH 177. Edad 38,39± 7,2. Hombres 73,1%. No encontramos diferencias significativas entre profesionales ni por sexo. El 40% de mujeres y 33% de hombres presentan asertividad alta. Asertividad Indirecta: Baja UH 67,1% SUE 66,9% UME 67,1%. Media UH 19,8% SUE 18,3% UME 19% Alta UH 13,1% SUE 14,8% UME 13,9%. No asertividad: Baja UH 71,1% SUE 76,3% UME 72,2%. Media UH 28,7% SUE 27,8% UME 23,7% Alta UH 0,2% SUE 0% UME 0%. Asertividad: Baja UH 1,2% SUE 1,2% UME 2,5% Media UH 59,9% SUE 62,1% UME 59,5% Alta UH 38,9% SUE 36,7% UME 38% Los valores medios son: Asertividad Indirecta UH 47,97±11,29 SUE 48,33±11,18 UME 47,51±12,41. No asertividad UH 44,66±,31 SUE 43,67±8,3 UME 44,62±10,09. Asertividad UH 52,93± 8,91 SUE 52,46±9,06 UME 52,11±10,55 Predomina la conducta asertiva, y sólo el 0,2% de los profesionales presenta 'no asertividad' alta.

Conclusiones:

Los médicos y enfermeros de urgencias de la región tienen desarrollada la habilidad social de la asertividad. En la mayoría de los profesionales predomina este tipo de conducta, sería importante realizar talleres sobre la aplicación práctica de la misma en casos conflictivos de comunicación para una mejora en la relación médico paciente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 5. MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-301

IMPACTO DE LA LUNA EN LAS EMERGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EXTRAHOSPITALARIAS

J Sara Rivero, J Martín López, B Martín López, J Barea Mañas

CCUM 061 Baleares. Lluchmayor, Baleares

Palabras Clave: luna, autólisis, telemedicina

Objetivos:

Sabemos por medio de otros estudios que las fases lunares no alteran ni incrementan el número de incidencias psiquiátricas pero ¿realmente recibimos más alertas de pacientes con patología psiquiátrica los días que la luna está más cerca de la tierra? ¿Hay más pacientes con ideas, intentos y suicidios unos días del año que otros dependiendo de la distancia lunar?

Material o pacientes y método:

Muestra: llamadas recibidas en el año 2012 (382.797) que generaron un total de 83.559 incidentes, de los cuales 8.233 se clasificaron o tuvieron como CIE patología psiquiátrica. Instrumentos: Paquete estadístico IBM SPSS Statistics V.20 Procedimiento: metodología selectiva transversal.

Resultados:

Los datos de la muestra global nos indican que no hay una diferencia estadística entre días de eventos lunares y días de no evento lunar, ni entre eventos lunares concretos. Hay diferencias significativas en la distribución de incidentes en los días de evento en función del mes. Respecto al género, el femenino genera más incidentes que el masculino. Hay perfiles diferenciales en función del evento lunar tanto en clasificación como diagnóstico. El número de suicidios efectivos y el modo del mismo, muestra diferencias importantes en referencia al mes.

Conclusiones:

Casi un 10% de los incidentes que atiende el GAU-061 Balears está relacionado con patologías psiquiátricas. Hay diferencias significativas en el tipo de evento lunar y la patología que presentan los pacientes. Cualitativamente, hay diferencias significativas en pacientes fallecidos en función del mes y forma de llevarlo a cabo. Tendencia a la significación en casos de diagnóstico ¿Autólisis?, porcentaje inferior en apogeo. Los resultados anteriores muestran que se deberían realizar más estudios, quizá, introduciendo otras variables, en los casos en que la tendencia al suicidio es menor.

P-303

REGISTRO DE CASOS DE SOSPECHA DE MALOS TRATOS EN EL ANCIANO DETECTADOS EN LA URGENCIA HOSPITALARIA

M Lázaro del Nogal, C Fernández Alonso, P Serrano Cuesta, A Martín Martín, C Gil López, MA Herráiz Martínez, T Martín Acero

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Palabras Clave: registro, malos tratos, ancianos, urgencias hospitalarias

Objetivos:

Los Malos Tratos (MT) son un problema de salud infradiagnosticado. Los ancianos son población vulnerable, en riesgo de sufrir MT por omisión o comisión.

Material o pacientes y método:

La Comisión contra la Violencia, como órgano encargado de las estrategias para detectar el maltrato en el anciano ha elaborado un procedimiento comprometiendo a todos los profesionales sanitarios implicados (médico, enfermera, trabajador social, psicólogo). Se trata de un protocolo exhaustivo con un diagrama de actuación. Mediante la hoja de registro se ha podido conocer el tipo y características de los ancianos con sospecha de malos tratos detectados en la Urgencia Hospitalaria.

Resultados:

Durante 3 años (2013-2015) se han registrado 172 casos de sospecha de malos tratos en adultos. En pacientes mayores de 65 años: 32 casos (22.8%). Se han detectado en la Urgencia Hospitalaria: 21 casos (65.6%). Mujeres: 85.7%. Profesional que realiza el registro en Urgencias: Médico: 38 %, Trabajadora social: 57.1%, Tipos de malos tratos: Físicos: 33.3%, Negligencia: 19%, Mixtos: 42.8%, Perfil de la víctima: Dependencia física y psíquica: 42.8% Dependencia física: 19%, Dependencia psíquica: 14.2%. Sospecha de maltratador: Pareja: 38.1%, Hijo/a: 33.3%, Cuidador: 28.5. Medidas tomadas: Parte de lesiones: 42,8%. Medidas de protección judicial: 9.5%

Conclusiones:

La urgencias hospitalaria es el lugar donde se detectan más casos de malos tratos en mayores y el trabajador social es el profesional que registra más casos. Los tipos de maltrato mixtos son los más frecuentes. La víctima presenta dependencia tanto física como psíquica en la mayoría de los casos. Más de un tercio de los casos de malos tratos en ancianos es violencia de género. Se emiten parte de lesiones en la urgencia casi en la mitad de los casos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 5. MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-304

ATENCIÓN PEDIÁTRICA EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS CON PUERTA ÚNICA

CR Villamor Jiménez, AJ Domínguez Teba, BL Villacañas Redondo, ES Mora Bastante

Hospital El Escorial. Madrid

Palabras Clave: pediatría, urgencias, asistencia sanitaria

Objetivos:

El número de consultas en los Servicios de Urgencias de pediatría es cada vez más elevado. Con este estudio pretendemos obtener el perfil de los pacientes pediátricos que acuden a las urgencias hospitalarias con puerta única y determinar si su asistencia sería similar a la realizada en Atención Primaria.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional descriptivo en Hospital Comarcal con puerta única. Se seleccionará una muestra consecutiva de pacientes menores de 14 años atendidos en urgencias en un periodo de una semana aleatoria. Recogida de datos con programa hospitalario Selene y análisis estadístico con SPSS. Variables: género, edad, patología al alta, gravedad, tiempo de estancia global, necesidad de ingreso, estado de vacunación.

Resultados:

El 52% de los pacientes fueron niños, frente al 48% de niñas, con una media de edad de 5 años. Un 74% de las patologías corresponden al ámbito médico (24% traumatológico). Los diagnósticos más frecuentes: infección respiratoria de vías altas (16.5%), faringoamigdalitis aguda (14%), contusiones (12.6%). Nivel de gravedad en un 79.5% poco urgente, 17% urgente. Tiempo de atención fue de 69 minutos. Atendidos en 49% de los casos por residentes. Precizaron pruebas complementarias un 48%. Recibió tratamiento urgente el 44.3%. Ingresaron el 0.8%. El 85.5% estaban vacunados.

Conclusiones:

No hay variaciones respecto al género, con una edad media similar a otros estudios. Presentaron fundamentalmente patologías médicas, con un nivel de gravedad poco urgente, y en su mayoría no precisaron pruebas complementarias ni tratamientos hospitalarios, siendo atendidos fundamentalmente por residentes. El tiempo de estancia global en urgencias es de una hora, inferior a lo estipulado en las escalas de atención médica. Existe buena cobertura de vacunación. Estas conclusiones nos conducen a la reflexión de que la mayor parte de las consultas pediátricas que se atienden en los servicios de Urgencias Hospitalarias podrían resolverse en las consultas de Atención Primaria sin complicaciones.

P-309

LOS PACIENTES Y FAMILIARES A LOS QUE ATENDEMOS, ¿SE ENCUENTRAN SATISFECHOS?

MJ Morales Acedo, AR Camuña Salido, P del Pino Valverde, M Rizo Hoyos, M Nogués Herrero, M Zaheri Beryakani

Unidad de Cuidados Intensivos y Urgencias. Hospital de Antequera. Málaga

Palabras Clave: urgencias médicas, satisfacción del paciente, evaluación de procesos y resultados (atención de salud)

Objetivos:

La opinión de los ciudadanos a los que atendemos es importante. Por ello hemos analizado su satisfacción a lo largo del año.

Material o pacientes y método:

En urgencias realizamos 96 encuestas, 24 por trimestre (12 a pacientes y 12 a familiares).

Resultados:

¿Ha sido suficiente la información recibida sobre su proceso? Si para el 85,42(pacientes) y el 83,33(familiares), (total: 87,50). ¿Le han respondido a las dudas que usted ha planteado sobre el mismo? Si para el 83,33(pacientes) y el 85,42 (familiares), (total: 84,38). ¿Ha comprendido la información que le han proporcionado? Si para el 89,58(pacientes) y el 87,50(familiares), (total: 90,63). ¿Se encuentra satisfecho con la información recibida? Si para el 89,59 (pacientes) y el 81,25 (familiares), (total: 85,42). ¿Se ha sentido Usted cómodo y en el lugar adecuado en el momento de recibir la información? Si para el 100% (pacientes) y el 100% (familiares), (total: 100%). ¿Considera que hemos respetamos su intimidad y el grado de confidencia adecuado al darle la información? Si para el 100%(pacientes) y el 97,92 (familiares), (total: 98,96). ¿El profesional que le ha informado se presentó, se dio a conocer, como médico o enfermera? Si para el 52,08 (pacientes) y el 47,92 (familiares), (total: 50,00). ¿Llevaba en la bata o en el pijama, identificación y la tarjeta? Si para el 77,08 (pacientes) y el 77,0 (familiares), (total: 77,08).

Conclusiones:

Se ha producido un empeoramiento respecto al año anterior en todos los ítems, tanto en las puntuaciones dadas por pacientes como por familiares. INTIMIDAD: Tanto pacientes como familiares se sienten cómodos y en el lugar adecuado en el momento de la información. Consideran que respetamos su intimidad y el grado de confidencia a la hora de darle la información es el adecuado. PROFESIONALES. Se ha producido un descenso en la puntuación, tanto por parte pacientes como familiares, en el ítem de la presentación. Cuando atendemos al paciente tenemos que forzarnos más en la presentación y en la identificación. Ha disminuido la percepción tanto del paciente como del profesional de que llevamos tarjeta identificativa.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 5. MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-311

IMPLANTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE COORDINACIÓN ENTRE URGENCIAS DEL 061 Y UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA PEDIÁTRICA EN LA REGIÓN DE MURCIA

R Montosa García (1), DJ Montes Díaz (2), A Navarro Mingorance (3), JA Troya Gil (3), R Zoyo López-Navarro (3), G Mateo Perea (3)

(1) UCI Pediátrica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia, (2) Gerencia Emergencias 061. Murcia, (3) Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos Pediátricos. Murcia

Palabras Clave: servicios médicos de urgencia, cuidados paliativos, pediatría

Objetivos:

El cuidado domiciliario de pacientes pediátricos de alta complejidad es una realidad en continuo crecimiento. Las medidas tecnológicas de las que dependen estos niños hacen necesaria una atención continuada. Actualmente la región de Murcia consta de una sola Unidad de Hospitalización Domiciliaria Pediátrica (UHDP) que atiende a más de 25 niños y no dispone de atención continuada por lo que la coordinación con los servicios de emergencias es fundamental.

Material o pacientes y método:

Sistema de gestión de llamadas Emergencias Control Holístico Operaciones (ECHO) del 112 creando un plan para 'Avisos Especiales' en el que se incluyan órdenes concretas para cada paciente.

Resultados:

Cuando un paciente entra en el Programa de la UHDP se valora el grado de complejidad y la probabilidad de presentar situaciones urgentes (riesgo vital y/o control de síntomas en pacientes paliativos). Se elabora un resumen de la historia clínica y un plan de cuidados que recoge medicación, técnicas y actitudes a aplicar a cada paciente en estas situaciones. Este informe se introduce en el sistema de atención de llamadas ECHO. Cuando uno de los padres llama al 112 el sistema carga automáticamente la dirección, datos personales y el informe/plan de actuación. El operador del 112 pasa directamente la llamada al médico o enfermero coordinador del 061, evitando a los padres repetir continuamente la situación/patología de sus hijos. El profesional que recibe la llamada atiende la solicitud de asistencia y traslada el plan de actuación al equipo que acudirá al domicilio.

Conclusiones:

Esta iniciativa facilita la continuidad de cuidados entre la UHDP y los Servicios de Emergencias considerándola muy necesaria ya que son niños con enfermedades, condiciones y necesidades altamente complejas y los recursos asistenciales son limitados.

P-313

DOLOR TORÁCICO POR HERNIA HIATAL GIGANTE. ACTITUD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

M Fernández Díaz, MD Macías Robles, A Fernández San Martín, I Fernández Fernández, A Gavalda Robert, I García Suárez

Hospital San Agustín. Avilés, Asturias

Palabras Clave: hernia hiatal, dolor torácico, urgencias

Objetivos:

La patología esofágica es una causa frecuente de dolor torácico no cardiológico, la ausencia de síntomas sugestivos junto al alivio con nitroglicerina que ocurre hasta en un 50% de los casos complican su diagnóstico. La hernia hiatal gigante (HHG) con estómago intratorácico es poco frecuente. La distensión del estómago herniado por retención de alimentos y aire causa vómitos y dolor torácico y/o epigástrico.

Material o pacientes y método:

A través de un caso demostrativo de un paciente sin antecedentes previos de clínica de reflujo y/o disfagia que acudió a urgencias por dolor retroesternal. Se desarrolla la estrategia diagnóstica seguida en el SUH.

Resultados:

Varón de 66 años que acudió por dolor retroesternal y epigástrico súbito, opresivo con vómitos de una hora de evolución. Exploración física: pálido, sudoroso, TA: 190/90 mmHg, rítmico, sin soplos. Hemograma, PCR y troponina normales. ECG: elevación del ST en cara inferior y descenso en v4-6 dinámico. Radiografía tórax: imagen redondeada, con nivel hidroaéreo, sobreproyectada a silueta cardíaca. TC torácico (TCT): HHG paraesofágica, estómago intratorácico y rotado en forma órgano-axial. Aorta normal, sin líquido pericárdico. Gastroscoopia: HHG con estómago deslizado a tórax, pliegues normales. Se planteó el diagnóstico inicial de síndrome coronario agudo por las alteraciones electrocardiográficas iniciales que se normalizaron al controlar el dolor con cloruro mórfico y nitratos IV. No se registraron cambios evolutivos en el ECG ni elevación en troponina seriada. El TCT descartó patología aórtica y demostró una HHG con efecto compresivo sobre el corazón. Tras el vaciamiento gástrico de 3,5 litros, mediante sonda nasogástrica, se consiguió estabilizar al paciente. Se realizó posteriormente reducción gástrica, cierre de pilares del hiato esofágico y funduplicatura de Nissen sin complicaciones.

Conclusiones:

En el SUH es necesario recordar al esófago como origen del dolor torácico y priorizar el TCT en el diagnóstico diferencial porque además de descartar causas graves ayudará a establecer diagnósticos alternativos. Simultáneamente se valorará la ausencia de cambios secuenciales en el ECG y marcadores cardíacos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 5. MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-315

A PROPÓSITO DE UN CASO: PARÁLISIS DEL NERVIIO HIPOGLOSO POSTINTUBACIÓN OROTRAQUEAL

A Goicoechea Mateo (1), E Fernández Infante (2)

(1) Urgencias. Hospital San Pedro de Logroño. La Rioja,

(2) Centro de Salud Gonzalo de Berceo. Logroño

Palabras Clave: intubación, nervio hipogloso, parálisis

Objetivos:

Presentamos el caso de un paciente varón de 61 años hipertenso y dislipémico atendido en el Servicio de Urgencias del Hospital, que consulta por sensación de lengua engrosada que le dificulta el habla normal, sin otra sintomatología (deglutoria, disnea, sialorrea) tras Cirugía General con Intubación Orotraqueal (IOT) días atrás. Con sospecha de Parálisis del Nervio Hipogloso secundaria se solicita TAC cérvico-craneal resultando normal. Se le da el alta con tratamiento sintomático revisándose en consultas presentando recuperación completa semanas después.

Material o pacientes y método:

Revisión bibliográfica de la literatura científica de los últimos años a través de recursos de Internet gratuitos tanto generales como específicos para sanitarios (Pubmed).

Resultados:

La IOT consiste en introducir un tubo en la vía respiratoria (tráquea) del paciente para mantenerla permeable y permitir el paso de gases libremente. Indicada en pacientes críticos es esencial en los Servicios de Urgencias (SU) y la variante Orotraqueal en ¿paciente sedado? con apnea farmacológica y a través del esquema de 7 Pasos y de la Secuencia de Intubación Rápida es la más empleada (80-97% éxitos). Las complicaciones se multiplican por 3 en Urgencias (<1:10000 en programados) suponiendo el 12% (hasta 30% en niños), dependiendo de múltiples factores como las características del paciente, etiología, tipo de vía aérea, técnica, material, experiencia del personal? Se clasifican en: Mayores o graves con riesgo vital (34%) destacando las Cardíacas-Hemodinámicas (Parada Cardiorrespiratoria 2%, Infarto Miocardio 1.6%, Hipotensión y Shock 32%...), Neurológicas, Respiratorias (Hipoxemia 40%). Menores o moderadas como intubación esofágica (27%), Estenosis, Lesiones de Inervación..., apareciendo inmediatamente (primeros 30 minutos) o Tardíamente (> mes) y afectándose principalmente el Hipogloso (1.9%), Lingual y Laríngeo Recurrente. El Nervio Hipogloso es el XII par craneal y da movilidad a la lengua para la deglución y el habla. La lesión aislada generalmente es unilateral, multifactorial predominantemente izquierda y muy rara. De curso benigno se trata con corticoides empíricamente.

Conclusiones:

Las complicaciones en la IOT deben preverse y prevenirse realizando una adecuada formación y entrenamiento del personal y una vez presentes tratarse con un abordaje interdisciplinar (Urgencias, Otorrinolaringología, Neurología, Psiquiatría) debido al impacto potencial en el paciente.

P-324

2015: NUEVO MODELO EN TRANSPORTE SANITARIO

I Feliu Pérez (1), MJ Ruiz Vert (2), O Aguilar Pedra (3), JR Ropero Molina (3), J Castany Pich (3), O Marquina Peralta (3)

(1) Hospital Arnau de Vilanova, (2) CAP Eixample, (3) SEM. Lleida

Palabras Clave: transportation of patients, organization, administration, ambulances

Objetivos:

En Noviembre del 2015, se puso en marcha un nuevo modelo de transporte sanitario de forma gradual en todo el territorio. Con el objetivo de mejorar la gestión de los recursos y priorizar la asistencia sanitaria de los pacientes in situ, se producen unos cambios en los tipos de recursos de los que dispone el Sistema de Emergencias Médicas (SEM) de nuestra región. Antes disponíamos de tres tipos distintos de recursos: Unidades de Soporte Vital Avanzado (SVA), Unidades de Soporte Vital Básico (SVB), y helicópteros.

Material o pacientes y método:

Explicación de la nueva estructura mediante esquema de situación y tipo de recursos antes y después de los cambios.

Resultados:

Las Unidades SVA, son ambulancias dotadas de un equipo asistencial formado por un técnico de transporte sanitario, un médico y un enfermero. Las Unidades SVB, son ambulancias dotadas por un equipo formado por dos técnicos de transporte sanitario. Actualmente, tras el cambio, disponemos de cinco tipos distintos de recursos, Unidades SVA, Unidades SVB, Helicópteros, Unidades SVI, un vehículo de Intervención Rápida (VIR). Las Unidades SVI, son ambulancias dotadas de un equipo formado por un técnico de transporte sanitario y un enfermero. El VIR, es un vehículo, no una ambulancia, dotada de un equipo asistencial formado por un técnico de transporte sanitario y un médico. Este último puede dar asistencia, pero no puede trasladar, porque no es una ambulancia.

Conclusiones:

Esquema nuevo modelo.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 5. MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P-331

PERFIL DE LAS URGENCIAS OFTALMOLÓGICAS EN UN HOSPITAL DE PUERTA ÚNICA

MP Ortega Mercader, AJ Domínguez Teba, A Aymerich Sánchez, B Villacañas Redondo, C Villamor Jiménez, A Campanario León, E Mora Bastante

Hospital de El Escorial. Madrid

Palabras Clave: emergencies, ophthalmology, specialization

Objetivos:

Presentamos un estudio sobre el perfil de las urgencias oftalmológicas que pretende ayudar a considerar la importancia que juega el médico de urgencias en esta área especialmente en un hospital con puerta de atención única.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional descriptivo. Muestra representativa consecutiva de los pacientes que acudieron a urgencias con patología oftalmológica durante 15 días (n=43). Recogida de datos a través de programa de urgencias (Selene) y análisis estadístico con SPSS de las variables (edad, sexo, juicio clínico, derivación al oftalmólogo, tiempo de atención global y nivel de gravedad según Manchester).

Resultados:

La frecuencia respecto al total de urgencias se sitúa en un 3.5 %. El 50% hombres y mujeres. Edad media 48.6 años (IC 41.9-55.2). El 83% consultó de mañana, 7% de tarde y 10% de noche con un tiempo de estancia hospitalaria global de 38 minutos (IC 29.8-46.2). Respecto a la patología: 33.3% esfera conjuntival y corneal, 12% palpebral, 5% neurooftalmológicas, 2.4% lagrimales y 14% otros procesos. El nivel de gravedad según Manchester: 98% poco urgente. Fueron derivados el 64% de los pacientes. Existe relación estadísticamente significativa entre las derivaciones al oftalmólogo y las patologías referentes a problemas corneales (p=0.034).

Conclusiones:

La frecuencia y el perfil de paciente que acuden a urgencias es similar en otros estudios: mujeres y hombres de edad media que consultan por patologías referentes a la esfera conjuntiva y corneal. Llama la atención que el tiempo global de atención es de 38 minutos inferior a lo estipulado según la gravedad. A pesar de los recursos escasos, el médico de urgencias resuelve en un tiempo récord mas de un tercio de las patologías demandadas sin necesidad de derivación al oftalmólogo, salvo las patologías corneales, dada la importancia de seguimiento que tienen estas afecciones.

A-333

DOLOR SEVERO EN URGENCIAS: ¿POR QUÉ COMENZAR CON UN OPIOIDE?

M Merlo Loranca (1), MM Cuesta Rodríguez-Torices (1), FJ Salas Álvarez del Valle (1), C Vergara de Frutos (2)

(1) Hospital Universitario de Getafe. Madrid, (2) GAP Toledo

Palabras Clave: dolor, analgésicos opioides, urgencias médicas

Objetivos:

Aproximadamente el 50% de las consultas en Urgencias son por dolor. Su correcto diagnóstico, tratamiento y control influyen significativamente en la sobrecarga asistencial de estos servicios.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, sin intervención, retrospectivo, de pacientes que acudieron al servicio de Urgencias de un hospital terciario por dolor de las características descritas, desde el 1-31 de marzo de 2015. Los datos de obtuvieron del programa de historia clínica del centro y se analizaron con el SPSS versión 19.

Resultados:

Durante el período de estudio se pautó FRI a doce pacientes que acudieron por dolor agudo o exacerbado con características mixtas. Predominaron las mujeres (58%) con edad media 65 ± 13 . La muestra se caracterizó por tener alta comorbilidad según escala Charlson (75%). El 17% consultaban por dolor agudo de menos de un día de evolución y el resto (73%) por agudización o mal control de dolor crónico, siendo la media de tiempo de duración de los síntomas de 22 ± 12 días. Todos, excepto dos pacientes, tomaban analgesia antes de su visita, siendo el primer escalón el más empleado. El motivo de consulta más frecuente fue dolor osteomuscular 67% (8) y la intensidad media según la escala visual numérica (EVN) de 9. Se les administró FRI consiguiendo buen control en todos los casos a los 30 minutos con EVN < 6 que se mantuvo o disminuyó en los siguientes 30 minutos (EVN media 2 a los 60 minutos). Todos los pacientes fueron dados de alta con analgesia (83% tercer escalón). Sólo uno ingresó para completar estudio y 2 consultaron a las 48 h: uno por persistencia de dolor (EVA 5-6) que se resolvió ajustando la dosis de fentanilo sin precisar ingreso y otro por un motivo distinto en relación con su patología de base.

Conclusiones:

La administración de FRI consigue buen control del dolor de intensidad moderada-severa, contribuyendo a disminuir la estancia y reconsulta, favoreciendo la calidad de la atención al disminuir la sobrecarga en Urgencias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 5. MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

A-336

HAITÍ, PICOTEANDO EN EL HUECO

C Gago Bellido (1), A Peiró Gómez (1), V Alcover Medina (1), A Vigo Peiró (1), A Ayestarán Masó (1), C Martín Pellús (1), ML Aguilar García (2)

(1) Hospital de Liria, (2) Centro Transfusiones (jubilada).
Burjassot, Valencia

Palabras Clave: Haití, cooperación, ayuda internacional

Objetivos:

Haití está localizado en las Antillas, en la parte occidental de la isla la Española. Es el país más pobre de Latinoamérica, con el 80% de su población viviendo bajo el umbral de la pobreza. En 2010 sufrió un terremoto del cual todavía persisten secuelas.

Material o pacientes y método:

El proyecto de cooperación consistía en 3 proyectos: el primero de educación sanitaria, para la formación de personal sanitario y no sanitario, fundamentalmente profesores de las escuelas. La educación, primer y principal eslabón de la cadena, es el mejor y más rentable recurso. Poder formar a los profesores sobre como atender las urgencias más habituales de los niños y la formación en RCP básica fueron los objetivos. El segundo, fue trabajar con una clínica móvil, una furgoneta equipada con medicación básica, con la que accedíamos a los poblados más alejados y peor comunicados. Enfermedades tropicales, Zika, Chikungunya, sarna, el espectro de enfermedades más prevalentes es distinto, y también los recursos disponibles para tratarlas.

Resultados:

Por último, como vemos en las imágenes, pudimos colaborar con el Hospital público de nuestra zona, Jean Rabel, y trabajar en Urgencias hospitalarias. El hecho de que hubiera que pagar la medicación y comprarla antes de suministrarla y la escasez de recursos (como por ejemplo la falta de un aparato de ECG en el hospital, o la existencia de un solo pulsioxímetro), así como lo rudimentario de la infraestructura son algunas de las cosas más llamativas de nuestro paso por el Hospital.

Conclusiones:

Este resumen, pretende ser un llamamiento a la solidaridad. La exposición de una realidad que no nos queda tan lejos, y de la cual no somos conscientes. El acercamiento de la misma, para que, por qué no, podamos plantearnos en algún momento, poner nuestro granito de arena con la sociedad, sobre todo, aquellos que hemos tenido y tenemos tanta suerte de vivir en el primer mundo.

A-340

ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y DESARROLLO A ESCALA 1/10 DEL PROYECTO DEL AUTOGIRO AMBULANCIA ANTECESOR DEL ACTUAL HELICÓPTERO SANITARIO

MA González Canomanuel

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

Palabras Clave: transporte sanitario, aeroevacuación, helitransporte

Objetivos:

En 1920 el español Juan de la Cierva y Codorniu inventó el autogiro revolucionando la forma de volar y resolviendo los problemas del vuelo a baja velocidad. Este aparato solucionaba la limitación que tenían los aviones sanitarios de ala fija de entonces para recoger a los heridos por la necesidad de un campo preparado para el despegue o aterrizaje. El proyecto del autogiro ambulancia data de 1933 describiendo la modificación sanitaria del modelo de cuatro plazas PA-19 de Pitcairn Autogiro Company. Esta innovación adelanta en más de una década a la primera utilización de una aeronave de ala rotatoria para uso sanitario en 1944. Durante los primeros congresos internacionales de Aviación Sanitaria se especificaron las características técnicas necesarias para el mejor aparato destinado al transporte aéreo sanitario, el PA-19 las superó.

Material o pacientes y método:

Investigación histórica de documentación localizada en la Biblioteca Nacional, Archivo histórico y biblioteca central del Ejército del Aire, Smithsonian National Air and Space Museum, Experimental Aircraft Association, custodios actuales de los archivos de Pitcairn, Archives & Special Collections Glencairn Museum, Carl Gunther historiador y documentalista de Pitcairn junto con distintas revistas especializadas de la época.

Resultados:

De los datos técnicos recogidos se demuestra como el Autogiro Ambulancia, adaptación sanitaria de modelo PA-19, presenta las características requeridas en los congresos de Aviación Sanitaria para ser el mejor transporte de enfermos de su época.

Conclusiones:

El Autogiro Ambulancia fue el mejor transporte sanitario de su tiempo respondiendo con creces a todas las especificaciones técnicas que se demandaron para el transporte aéreo de enfermos en los primeros congresos internacionales de Aviación Sanitaria. La realización del estudio a escala nos hace comprender mejor todos estos detalles técnicos innovadores para su época.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 5. MISCELÁNEA, URGENCIAS GERIÁTRICAS, URGENCIAS PEDIÁTRICAS

A-342

OJO CON EL SINEMET

A Quiralte Cairols (1), C Cuenca Valero (1), MA García Alhambra (2)

(1) Hospital y Centro de Salud de Requena. Valencia

(2) Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Palabras Clave: delirio, efectos de las drogas, geriatría

Objetivos:

Varón de 79 años que es traído a Urgencias al encontrarlo en la calle con un cuadro confusional con delirio dermatozoico.

Material o pacientes y método:

De los antecedentes destacamos: - HTA Parkinson estadio IIB Es dependiente para baño y vestido. Resto de AVD independiente. Deterioro de memoria reciente y de fijación, con perseveración ocasional. No trastorno afectivo. Insomnio de conciliación TRATAMIENTO: Acol5 sinemet plus, omeprazol, domperidona, mirazapina.

Resultados:

Durante el ingreso el paciente presentó varios episodios de delirio dermatozoico que se fueron espaciando en el tiempo desde que se retiró la medicación hasta su desaparición motivo por el cual se le dio de alta. Entre los episodios el paciente estaba totalmente asintomático. Por lo que se pudo concluir que la clínica era causada por la toma del Sinemet.

Conclusiones:

Aunque todo el mundo sabe la importancia de la medicación habitual de los pacientes y se suele proceder a la recopilación de los mismo de forma rutinaria, no está de más recordar que pueden provocar efectos adversos que pueden simular enfermedades de gran repercusión.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 6

Técnicos en emergencias sanitarias

28
Congreso
nacional SEMES



EFICIENCIAS
evolucionando



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 6. TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

O-346

IMPACTO DE LA FIGURA DEL RESPONSABLE ALERTANTE DE DISTRITO EN LA FORMACIÓN A LA CIUDADANÍA

A Osorio Gozalo, E García Hernanz, A Tapia Lobo,
MT Godía Gutiérrez, B Tejero Muñoz, JL Muñoz Carrasco,
M Marcos Alonso

SAMUR. Protección Civil. Madrid

Palabras Clave: formación, RCP, educación para la salud

Objetivos:

La Protección Civil del Ayuntamiento de Madrid, inició en el año 2012 una descentralización de la actividad de los voluntarios adscritos a SAMUR-PC. Formación a la ciudadanía decidió la creación de la figura del Responsable Alertante de Distrito (RAD), y se nombraron 21 representantes, uno por cada distrito, para la difusión y divulgación gratuita de la actividad de formación en técnicas básicas de primeros auxilios a todas las instituciones que lo soliciten. La jefatura del servicio presentó el programa en los diferentes Consejos territoriales, y los RADs se reunieron con representantes de la Junta Municipal para que estos sirvieran de enlace entre instituciones, colectivos y organizaciones que no conocían el plan formativo a la ciudadanía de SAMUR-PC.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de la actividad formativa realizada por SAMUR-PC desde 2011 a 2015 según distritos recogida en base de datos al efecto. Se ha empleado el programa SPSS Statistics 22 para el análisis de dichos datos teniendo en cuenta el número de formaciones impartidas por año y distrito.

Resultados:

En 2011 se realizaron 544 formaciones y en 2012 se realizaron 507. En 2013 tras la implementación de la figura del RAD aumentó el número de formaciones a 806 confirmándose la tendencia positiva en 2014 con 1273 y 2015 con 1145. El número de instituciones nuevas también va en aumento (2012=39) (2013=109) (2014=146) (2015=129). Tras analizar los resultados se observa que desde la implantación del RAD ha aumentado el número de actividades formativas totales anuales, sobre todo en los dos primeros periodos del 2012-2013 y el 2013-2014. Se observa también que en el periodo 2014-2015 el número de actividades formativas disminuye, pero es debido a un cambio estratégico. Cabe destacar que en el primer periodo 2012-2013 aumentaron 15 distritos. En el siguiente periodo 2013-2014 aumentaron 17 distritos.

Conclusiones:

La implantación de la figura del RAD ha aumentado el número de actividades formativas, alumnos y nuevas instituciones que solicitan formación en los distritos.

P-347

¿FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS ES NUESTRA ASIGNATURA PENDIENTE? ENCUESTA NACIONAL A TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS-TES SOBRE SU NECESIDAD FORMATIVA PARA LA ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA

P Iribarren Albusu-Irribarri (1), C Calvo Espinosa (2),
E Ruiz de Gaona Lana (3)

(1) Complejo Hospitalario de Navarra CHN, (2) Hospital San Juan de Dios de Pamplona, (3) Fundación Hospital Calahorra. Pamplona

Palabras Clave: educación basada en competencias, cuidados paliativos al final de la vida, servicios médicos de urgencias

Objetivos:

La bibliografía sugiere que la falta de cualificación para asistir al final de la vida radica en la carencia de estos contenidos en la formación básica de los profesionales sanitarios. Hecho que también interfiere en la atención prestada por los servicios de urgencias extra-hospitalarias. Incluso los Técnicos de Emergencias Sanitarias (TES) con cierta frecuencia han de atender pacientes sin posibilidades terapéuticas.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo transversal. Se desarrolló una breve encuesta con la herramienta formularios de Google Drive, que se distribuyó a nivel nacional con la colaboración de asociaciones profesionales y en grupos profesionales de TES por redes sociales. Las respuestas se sometieron a un análisis descriptivo y mediante tablas de referencias cruzadas, con el programa SPSS 21.0. No fue necesario consentimiento informado.

Resultados:

De 110 respuestas obtenidas, se consideraron válidas 109. Los resultados perfilan un profesional hombre, de edad media (30-50 años) y con experiencia (mediana de >10 años trabajado), 2/3 profesional, en su mayoría en soporte vital básico, con un buen grado de satisfacción (media = 6,84 / 10, DS = 2,98), y estudiantes o titulados técnicos de grado medio. Entre 12 alternativas formativas sugeridas, el 71% eligió temas directamente vinculados con cuidados paliativos (¿Habilidades de comunicación?, ¿Apoyo familiar?, o ¿Aspectos éticos? como la sedación paliativa o limitación del esfuerzo terapéutico), con un 40% que eligió específicamente un tema denominado Atención al paciente terminal y cuidados paliativos. Sobre la motivación, la mayoría expresaron el deseo de ayudar a los demás, y esto se asoció con la percepción de una menor necesidad formativa en las habilidades de comunicación (ji cuadrado = 4,6, p = 0,032). Sin embargo, esta necesidad (habilidades de comunicación) fue más demandada por los profesionales (33%) que por los voluntarios (14%) (Chi-cuadrado = 4,46, p = 0,035). No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad, años de experiencia laboral, grado de satisfacción o estado civil.

Conclusiones:

Creemos que este estudio confirma lo que sugiere bibliografía: la atención al final de la vida es una necesidad educativa para los TES.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 6. TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

P-348

DISPOSITIVO DE RECONOCIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA DE TÉCNICOS DE EMERGENCIAS SANITARIAS EN EUSKADI, UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

J Rollán Vallejos (1), A Larrea Redín (2), J Amigo Rodríguez (3), E Mendarozketa Gómez (4)

(1) Hospital Universitario de Cruces/Dispositivo de acreditación de las competencias profesionales sanitarias, (2) Urgencias Clínica Zorzozaure/Dispositivo de acreditación de la competencia, (3) Hospital Universitario de Basurto, (4) Igualatorio Médico Quirúrgico. Baracaldo, Vizcaya

Palabras Clave: técnicos medios en salud, servicios médicos de urgencia, certificado de autorización de funcionamiento

Objetivos:

El Técnico en Emergencias sanitarias (TES) ha pasado de ser un mero conductor a convertirse en un participante activo más en la asistencia prehospitalaria junto al médico y el enfermero. Hoy en día es preciso contar con un título de FP grado medio para realizar las labores de TES. Algunas comunidades autónomas ofrecen la posibilidad de convalidar parte o la totalidad del título TTS mediante los Dispositivos de Acreditación de la Competencia, aportando experiencia laboral y formación reglada. En la Comunidad Autónoma del País Vasco se han celebrado ya 4 convocatorias de acreditación de competencias, ofertándose las cualificaciones de Transporte sanitario y atención a IMV (dos tercios de la totalidad del título de TES).

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo y desde el año 2011 a 2015. Se recogen los datos de número de TES presentados en las diferentes convocatorias, las unidades competenciales acreditadas, los porcentajes de títulos expedidos y las variables sociodemográficas habituales de una muestra de 1820 preinscritos totales.

Resultados:

Los resultados indican que del total de preinscritos en las 4 convocatorias el 61,26% acabó matriculado en Transporte sanitario, de los cuales el 71,81% consiguió acreditar alguna unidad competencial y el 52,94% acreditó el título completo. El 79,63% de los matriculados fue varón frente al 20,36% de mujeres. El 85,21% pertenece a la CAV, mientras que el 14,79% provenía de otras comunidades. La media porcentual de edad de todos los candidatos inscritos es de 42,7 años y la experiencia profesional media en el ámbito extrahospitalario es de 6,34 años.

Conclusiones:

La adherencia de los aspirantes a TTS mediante los dispositivos de acreditación es alta. Podemos afirmar que esta vía de certificación ha sido un éxito en cuanto a los resultados obtenidos y que debería repetirse en los años posteriores para dar cabida a todos los candidatos cuyos méritos permitan acceder a la misma.

O-349

PERFIL FORMATIVO DEL TÉCNICO EN EMERGENCIAS SANITARIAS. DE TTS A TES CINCO AÑOS DESPUÉS

MJ Rodríguez Lorenzo (1), I Achurra Pardo (2), C Vázquez Corveiras (3)

(1) Ambuibérica, Costa da Morte. SVB 061 de Galicia Carballo, (2) Ambuibérica Cantabria. SVA Astillero, (3) Salutrans. SVB 061 de Galicia. Meira. A Coruña

Palabras Clave: profesionales, ambulancias, perfil profesional

Objetivos:

Desde el comienzo del desarrollo de los servicios de urgencia y emergencia hasta la actualidad, la figura del técnico en emergencias ha experimentado grandes transformaciones en cuanto a la formación exigida.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo transversal. Se realizó un cuestionario de abanico de respuestas autoadministrado mediante Google Docs®. La muestra se compuso de 771 profesionales. El cuestionario constaba de 30 preguntas con respuestas cerradas y preguntas de opción múltiple.

Resultados:

El 53% de los encuestados tenía un nivel académico de Formación Profesional Ciclo Medio (FPCM), Formación Profesional Ciclo Superior (FPCS) el 16,7% y el 8,1% estaba en posesión de titulación universitaria. El 69,4% del Personal Profesional en Transporte Sanitario (en adelante PPTS) poseían el Ciclo Medio de Técnico en Emergencias Sanitarias (CMTES), un 14,3% lo estaba cursando en el momento de la encuesta. El 81,5% del PPTS consideró que la formación continuada era muy importante en su trabajo. Al aumentar la edad, aumentaba el número de PPTS que había realizado un curso de formación continuada en el último año. El 55% refería haber acudido a un congreso de su campo de conocimiento. La percepción de la investigación en su ámbito laboral y campo de conocimiento del PPTS fue considerada muy importante en el 69,3% e importante en el 23,4%. El 67,95% de los técnicos que respondieron a la encuesta refería haber leído un artículo científico durante el último mes y el 32,1% en el último año en el momento de la encuesta. Únicamente el 16,2% de los encuestados refirió haber realizado un trabajo y posterior difusión. Las barreras que alegaban los técnicos que nunca habían realizado un trabajo fueron: falta de tiempo (61%), imposibilidad para obtener datos (18,4%), falta de motivación y/o interés (16,9%) y falta de conocimientos (13,4%).

Conclusiones:

El desarrollo profesional de los TES exige que todos los técnicos mantengan sus competencias actualizadas y reciban estímulos para avanzar. Los técnicos manifiestan inquietud por realizar investigaciones y publicaciones, pero reconocen su falta de formación en esos temas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 6. TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

P-350

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DEL TÉCNICO EN EMERGENCIAS SANITARIAS

MJ Rodríguez Lorenzo (1), F Sáenz González (2)

(1) Ambuibérica. Costa da Morte. SVB 061 de Galicia Carballo,
(2) Asiscar Ambulancias SL. A Coruña

Palabras Clave: grupos profesionales, ambulancias, perfil laboral

Objetivos:

Durante los más de veinticinco años de ejercicio profesional de los ahora denominados TES, no se han realizado apenas estudios en España sobre sus características socio-demográficas, laborales y de salud.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo transversal. Se realizó un cuestionario ad hoc autoadministrado mediante Google Docs®. Se recogieron un total de 771 cuestionarios recogidos desde Abril 2014 a Junio 2015, la captación se realizó en redes sociales y email.

Resultados:

El perfil del TES encontrado en España fue de un hombre de 37 años, que vivía en pareja o estaba casado con un hijo. El IMC fue de 27 kg/m², afirmó realizar ejercicio de forma regular y la mayoría se declararon no fumadores. La antigüedad en la empresa fue de 8 años en la empresa y trabajaba en una ambulancia de SVB realizando turno de 12 o 24 horas, realizaba 7 noches/mes y no interrumpía la jornada para comer.

Conclusiones:

La antigüedad en la empresa en nuestro estudio fue de 8,20 años, siendo superior en los hombres (8,56 años) que en las mujeres (6,27 años), resultados similares a los obtenidos en un estudio Europeo¹¹. De acuerdo a la literatura consultada, los técnicos son una profesión mayoritariamente masculina, con una incorporación tardía de la mujer. Respecto a los turnos de trabajo, el porcentaje de profesionales que realizaba turnos de 12 y 24 h es muy superior a los de un estudio nacional. Ello podría tener relación con el tipo de trabajo que desempeñan la población estudiada, En las USVA y USVB es más habitual los turnos de 12 y 24 h.

O-351

ACTUACIÓN DE UN SVB ANTE LA PATOLOGÍA ENDOCRINO-METABÓLICA. DETERMINACIÓN DE LA GLUCEMIA CAPILAR

S Justo Morato (1), J Guerrero Melle (1), C Fernández Candelas (2), R Murillo Fernández (1), C Torres Gámez de Cariz (3), MC Castillo Ruiz de Apodaca (4), A Cabezas Moreno (5)

(1) Samur Protección Civil, (2) Bombero ayuntamiento de Madrid, (3) Enfermero Samur Protección Civil, (4) Enfermera Samur Protección Civil, (5) Enfermero y Jefe División de Archivo de Samur Protección Civil. Madrid

Palabras Clave: glucemia, optimización recursos, tratamiento precoz

Objetivos:

En la actualidad no es competencia del técnico de emergencias la realización de glucemia capilar, técnica invasiva que con entrenamiento realiza el propio paciente. La determinación de este parámetro aporta información relevante para la valoración y el tratamiento precoz ante estos casos

Material o pacientes y método:

Observacional analítico. Inclusión: Pacientes atendidos por SVB como primer interviniente por sospecha de alteración endocrino metabólica. Ámbito: Servicio de Emergencias Extrahospitalario. Periodo 2015 Variables: epidemiológicas (edad, sexo), antecedentes de diabetes, síntomas principales, necesidad de valoración por SVA, diagnóstico médico, nivel de glucosa, tratamiento in situ, necesidad de traslado hospitalario Estadística: medidas centrales y dispersión, frecuencias absolutas y relativas Contraste de hipótesis: Kolmogórov-Smirnov, t student, chi cuadrado p<0.05.

Resultados:

En 2015 se atendieron 1658 casos de patología endocrino-metabólica, el 6.14 % (100) son atendidos en primer lugar por SVB. n= 100 Media edad 53(DE:19), 75% varones (75p) no existe diferencia entre edad y sexo p=0.85. 94% (94p) son diabéticos (74p insulino dependientes) Síntoma principal: 45% (45p) cursan con alteración del nivel de conciencia, 16% (16p) ingesta alcohólica, 24% (24p) únicamente cortejo vegetativo, 5% (5p) caídas y 10% (10) otros síntomas. En el 94% (94p) se requiere apoyo del SVA Diagnóstico: 58% hipoglucemias mediana de glucemia 39 mg/dl (IQR:32-55) 27% hiperglucemias mediana de 400 mg/dl(IQR:316-540) y 1.5 % no asociada con patología metabólica Tratamiento: hipoglucemias: el 48.8% (26/58) se estabilizan con tratamiento oral. Traslado hospitalario fue necesario en el 37% (37p). El 58.3% (21p) fue trasladado por SVA Pacientes con ingesta alcohólica el 87.5% (14) presentó hiperglucemia Pacientes con déficit en el nivel de conciencia el 88.9% (40) el diagnóstico definitivo fue de hipoglucemia p<0.005.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 6. TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

Conclusiones:

El perfil atendido es un varón de mediana edad diabético insulino dependiente con sintomatología florida por hipoglucemia que requiere valoración de su nivel glucémico, casi en la mitad de las ocasiones puede utilizarse la vía oral para su estabilización pudiendo realizarlo TES bajo autorización médica. Existe un buen cribado por parte de los técnicos en emergencias de la Central de Comunicaciones a la hora de asignar los recursos ante este tipo de suceso, optimizando los recursos existentes.

O-352

EL CATÁLOGO DE CURSOS EN EL EQUIPO DE FORMACIÓN A LA CIUDADANÍA DE SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL

F Monforte Escobar, JD Pasalodos Sanguino, A Osorio Gozalo, MA Concejero Ballester, A Tapia Lobo, V Fernández de Córdo González, M Marcos Alonso

SAMUR-Protección Civil. Madrid

Palabras Clave: reanimación cardiopulmonar, primeros auxilios, capacitación

Objetivos:

Los objetivos principales del Plan de Formación a la Ciudadanía de SAMUR-Protección Civil son mejorar la capacidad de reacción de los ciudadanos para detectar situaciones de riesgo vital, prevenirlas e intervenir precozmente ante ellas con medidas sencillas y salvadoras mientras llegan los servicios de emergencias. Las actividades formativas (AF) que incluye están registradas en un catálogo en el que se detallan sus características y que se mantiene permanentemente actualizado.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo del catálogo de cursos y descriptivo retrospectivo de la satisfacción con el contenido en las AF PPR en el año 2015 medida a través de un cuestionario final entregado a los alumnos con una escala tipo Likert con 5 posibles niveles (de 1 a 5). Procesamiento de datos con Oracle y Excel.

Resultados:

Se estudia la satisfacción sobre el contenido mediante encuesta realizada en 2015 por los 10894 alumnos de los 432 cursos PPR (Mediana = 4.41 sobre 5) (IQR = 0.3425). El PAL está dirigido a la ciudadanía en general y se compone de 4 AF. El PPR está dirigido a aquellos profesionales que por sus funciones son los primeros en dar respuesta a situaciones de emergencia y se compone de 18 AF. La valoración de la escena y la alerta eficaz al 112 constituyen dos elementos transversales en todas las AF. A partir de los 12 años se incluye la valoración de la consciencia, PLS, RCP y actuación en OVACE.

Conclusiones:

El nivel de satisfacción con los contenidos de las AF es muy alto, lo cual puede considerarse como un indicador indirecto del grado de adaptación de estas formaciones a las necesidades reales de conocimiento y habilidades de los alumnos. Esto ocurre así en cualquier tipo de AF analizada, lo que nos hace suponer que el ajuste de los contenidos y objetivos al tipo de alumno son dos factores clave del éxito de la formación a la ciudadanía en SAMUR-Protección Civil.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 6. TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

O-353

GESTIÓN DE RIESGOS PREVISIBLES Y PROGRAMADOS POR DISPOSITIVOS DE PROTECCIÓN CIVIL

P Bravo García, A Prieto Sánchez, F Aguilar Fernández, C Feital García, S Esteban Pastor

Samur Proteccion Civil. Madrid

Palabras Clave: centro coordinador, técnicos en emergencias, DRP

Objetivos:

En la ciudad de Madrid, Capital del Reino de España, se suceden acontecimientos sociales que congregan miles de personas en un mismo espacio público, eventos deportivos, manifestaciones, celebraciones, éstos eventos son celebrados bajo criterios de organización y planificación. Protección Civil es la institución pública, encargada de la previsión de riesgos en este tipo de concentraciones sociales.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, informativo, del balance de servicios y actividades del CCM en el periodo 2011-2015

Resultados:

Muestra periodo [2011-2015] N = 41 dispositivos de riesgos pre-visibles, Horas de coordinación N = 343, Mediana = 8, P25=7, P75=9, pacientes atendidos N=2192. Mediana por dispositivo = 15, P25 = 4 P75 =60,

Conclusiones:

La gestión de riesgos pre-visibles en Madrid, precisa de un medio paralelo de coordinación de los diferentes equipos que se encuentran trabajando directamente en el Dispositivos de Riesgos Previsibles, frente al centro de coordinación ordinario, descentralizando y evitando la saturación de la red de comunicaciones, Se observa gran dispersión en los pacientes atendidos por servicio, esto es debido a las características de los dispositivos, al concentrarse las atenciones en los dispositivos de carácter deportivo, MAPOMA (Maratón Popular de Madrid), y los de manifestación pública o celebración deportiva. La gestión de los dispositivos, con duración de 8 horas de media, descentraliza y permite la coordinación con garantía de eficacia y calidad según la Carta de Servicios de SAMUR-Protección Civil.

P-354

ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DE DESGASTE PROFESIONAL EN EL TRANSPORTE SANITARIO

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 Clave: medical transportation, burnout, factores de riesgo

Objetivos:

El sistema sanitario público (SSP) es un instrumento básico para garantizar la plena igualdad en materia de salud y el bienestar físico y mental de los ciudadanos. El transporte sanitario (TS), como eslabón de la cadena del SSP es vital para la supervivencia de las personas y un elemento vertebrador de la asistencia sanitaria. Los profesionales del TS experimentan situaciones de vida o muerte y se exponen a problemáticas de salud graves de los usuarios que suponen altas exigencias emocionales que pueden afectar su salud y acabar provocando el síndrome de desgaste profesional (SDP). En muchas comunidades autónomas, incluyendo Cataluña, existe la diferenciación entre TS urgente (TSU) y no urgente (TSNU). Si bien existen estudios que exploran los factores de riesgo del SDP utilizando una metodología distinta del cuestionario, no distinguen entre el TSU y el TSNU. En la provincia de Girona ambos servicios están gestionados por la misma empresa. Según un estudio previo, el 67,7% de esta plantilla presenta síntomas compatibles con el SDP lo que hace necesario profundizar en sus causas.

Material o pacientes y método:

Investigación cualitativa, mediante siete entrevistas individuales, a personas seleccionadas mediante muestreo intencional, según el lugar y puesto de trabajo, la antigüedad y el sexo. El proceso finalizó una vez que los informantes no introdujeron nuevas aportaciones a las mismas preguntas llegando a la saturación de la información.

Resultados:

La organización de los horarios y la coordinación del servicio son percibidos como causas de SDP en el TSNU. En el caso del TSU son las relaciones entre compañeros o con otros profesionales. En ambos servicios el estilo de liderazgo autoritario de los responsables y la relación con el usuario o familiares son factores generadores de malestar, pero más a largo plazo.

Conclusiones:

La identificación de factores de riesgo diferenciales entre el TSU y el TSNU puede contribuir a diseñar acciones de prevención específicas para cada servicio focalizando en aquellos aspectos que más incidencia tienen para los profesionales del TS.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 6. TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

P-355

EL UNIFORME EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIOS, ¿UN EQUIPO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL?

A Prieto Sánchez, F Aguilar Fernández, JA del Moral Jiménez, S Esteban Pastor

SAMUR-Protección Civil. Madrid

Palabras Clave: uniformes, prevención, factores ambientales

Objetivos:

En los servicios de emergencias extrahospitalaria (SEE) los trabajadores utilizamos habitualmente uniformes de trabajo, según el RD 773/97, no se trata de Equipos de Protección Individual (EPI), exceptuando aquellos que incorporen algún tipo de protección específica contra un riesgo que pueda amenazar su seguridad y su salud. El trabajo en los SEE obliga a trabajar en un entorno agresivo hacia los trabajadores, sus uniformes les protegen de diferentes riesgos (lluvia, inclemencias atmosféricas, baja visibilidad) que hay que valorar cuales de las prendas deberán considerarse siempre EPI, dependiendo de sus características y las temperaturas atmosféricas habituales de su zona de trabajo.

Material o pacientes y método:

En el presente estudio pretendemos realizar una recopilación de las diferentes consideraciones legales para su elección.

Resultados:

La ropa debe diseñarse de tal manera que se facilite su correcta colocación y su permanencia, en las condiciones previstas de uso, teniendo en cuenta los movimientos y posturas que el usuario puede adoptar durante la realización del trabajo. El confort térmico se puede evaluar por los métodos: Fanger, índice PMV, y especialmente IREQ. Respecto a la ropa para los ambientes fríos, la NTP 940 distingue por debajo de -5°C y la NTP 1036 indica que por debajo de 10°C se deben de evaluar tanto las características del entorno como del propio trabajo a realizar. Además en varias NTP y en el RD 773/97 de utilización de los EPI se especifica la necesidad de prendas ¿frente al mal tiempo? (lluvia y frío) y reflectantes para señalización.

Conclusiones:

Según datos de la Agencia Estatal de Meteorología, AEMET, en 4 meses la temperatura mínima es inferior a -5°C y durante 5 meses superior a 35°C la máxima, en Madrid y de media casi 60 días de lluvias anuales. Por lo que es necesaria la ropa de protección frente al frío y a la lluvia. Se deberá realizar un estudio adicional, que evalúe el confort y la sensación de seguridad que ofrecen los uniformes de los SEE.

P-356

EL ABORDAJE DE LA PATOLOGÍA OBSTÉTRICA POR UNA UNIDAD DE SOPORTE VITAL BÁSICO

EJ Simoes da Silva Pereira, FJ Garcés Garcés, SC Simoes da Silva Pereira, E Pastor González, MJ García-Ochoa Blanco

SAMUR-Protección Civil. Madrid

Palabras Clave: atención prehospitalaria, embarazo, dolor abdominal

Objetivos:

Hoy en día la patología obstétrica en el medio extrahospitalario es un evento que ocurre con poca frecuencia, este estudio intenta acercarnos al tipo de paciente que podemos abordar en una unidad de soporte vital básico (SVB).

Material o pacientes y método:

Observacional descriptivo. Población: pacientes atendidas inicialmente por SVB, con código patología obstétrica. Años: 2013-2015. Lugar: ciudad de Madrid. Variables: epidemiológicas (edad), hora, día, mes, duración de la intervención, hemodinámicas (frecuencia respiratoria (FR), frecuencia cardíaca (FC), saturación O₂ (SatO₂), presión arterial sistólica (PAS), presión arterial diastólica (PAD), clínicas (dolor abdominal, mancha líquido, mancha sangre), antecedentes y valoración inicial/final. Estadísticas: cuantitativas mediante medidas centrales y de dispersión, cualitativas mediante porcentajes p 0,05 SPSS v17. Confidencialidad de datos, cuidando aspectos éticos.

Resultados:

Del total de 789 pacientes (p) valoradas como patología obstétrica por el servicio SAMUR-PC durante tres años, 123p fueron atendidas inicialmente por una unidad de SVB, repartidas en: 44p (año 2013), 42p (año 2014) y 37p (año 2015). La mediana de edad fue de 28 años (IQR=23-34). La intervención in situ del SVB duró una media de 31 minutos 42 segundos, siendo un 72% de lunes a viernes (88/123p) y de 10:00 a 19:59 horas (89/132p), un cuarto de ellas (32p) entre las 11:00 y las 13:59, y destacando los meses de junio, julio y agosto que suman un 37% (46/123p). Fuimos requeridos principalmente por una posible patología obstétrica 65/123p (58%) o cardiovascular 20/123p (16%). El 39% (48/123p) fueron valoradas por un facultativo de un soporte vital avanzado (SVA), y la unidad de SVB trasladó a hospital el 72% (88/123). Hemodinámicamente estables, con medianas de FR=16 rpm (IQR=15-18), FC=88 lpm (IQR=78-99), SatO₂=98% (IQR=97-99), PAS=120 mmHg (IQR=110-130), y PAD=70 mmHg (IQR=60-80). Casi la mitad refirieron dolores abdominales 46% (56/123p), y el 21% (26/123p) indicaron haber manchado sangre.

Conclusiones:

El perfil de la paciente es una mujer de menos de 30 años, atendida un día laborable de principios de verano, a mediodía, que nos requiere por una posible patología obstétrica, refiriendo dolor abdominal y trasladada a hospital mayoritariamente por una unidad de SVB.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 6. TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

P-357

EVOLUCIÓN DE LOS TIEMPOS DE RESPUESTA DE LA POLICÍA MUNICIPAL DE MADRID Y SAMUR-PC, EN EL DISTRITO DE ARGANZUELA, MADRID

F Aguilar Fernández, A Prieto Sánchez, S Esteban Pastor,
P Bravo García

SAMUR-Protección Civil. Madrid

Palabras Clave: coordinación, gestión, tiempos de respuesta

Objetivos:

Las operativas de trabajo de Policía Municipal de Madrid (PMM) y de SAMUR PC (SPC) en los incidentes de intervención conjunta tienen diferente forma de gestión. La gestión de los recursos se hace de forma diferente, PMM precisa de transcribir a su sistema de gestión el aviso de alerta de Madrid 112, M112, mientras que SPC, como agencia integrada en M112, recibe de forma inmediata la información en su sistema. Si bien, la consideración de aviso urgente es diferente el concepto para PMM es accidente con heridos, con independencia de su gravedad, y para la institución sanitaria dependerá de la patología de los pacientes, el número de heridos y el mecanismo lesional.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de revisión del análisis de la muestra de las intervenciones de PMM y SPC en el distrito de Arganzuela, con respecto a tiempo de gestión, (TG), Tiempo Respuesta (TR), y Tiempo Total (TT)

Resultados:

Muestra SPC, N=231, TG: Mediana 1' P25=0'29'', P75= 1'56'', TR, Mediana, 7'04'' P.25= 5'05'' P 75= 9'21'' TT: Mediana, 8'47''. P 25= 5'57'' P75= 11'22'' 'Tiempos desde la base de SPC en Arganzuela Muestra: N=77, TG Mediana 0'42'' P25= 0'23'' P75= 1'32'', TR Mediana: 5'20'', P25= 4'15'' P75= 7'12'' TT: Mediana: 6'23'' P25= 4'48'' P75= 8'23'' Muestra PMM, N=414, TG Mediana 2' P25, 1' P75. 3' TR: Mediana, 5' P25= 3 P75 8' TT Mediana 7' P25= 5' P75= 10'

Conclusiones:

La diferencia de concepto de aviso urgente, entre PMM y SPC reduce la muestra en nuestro estudio, dado que SPC no activa recursos en los casos de renuncia de la víctima o ausencia de lesión, En el caso de PMM una integración de los sistemas de alerta con M112, podría mejorar, aun mas su tiempo de total de los incidentes. Consideramos que, un refuerzo de los efectivos municipales reduciría el tiempo de respuesta global, mejorando la calidad de los servicios. Activar los recursos desde el mismo distrito reduce significativamente los tiempos de respuesta.

P-358

LOGÍSTICA DE INTERVENCIÓN EN UN INCIDENTE SANITARIO

AM Gacimartín Maroto, B. Molinero Sanguino,
E. Gacimartín Maroto, JJ Giménez Mediavilla

SAMUR-Protección Civil. Madrid

Palabras Clave: logística sanitaria, emergencia extrahospitalaria, material de apoyo

Objetivos:

La logística en la intervención de incidentes sanitarios, resulta una parte importante de los mismos, sobre todo cuando se trata de escenarios complejos que requieren elementos auxiliares para lograr una mayor calidad y eficacia en la intervención. Cada intervención de emergencias exige la utilización de un material logístico específico, adaptado a las necesidades del incidente sanitario concreto.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de los datos recogidos en los partes de guardia del Técnico Jefe de equipo de logística durante el segundo semestre de 2015 sobre intervenciones in situ: datos de la intervención (códigos de incidentes), material utilizado (material de inmovilización y movilización extraordinario, tienda rápida, sistema de iluminación, sistema de climatización, etc), componentes del equipo y actividades realizadas como TES.

Resultados:

173 activaciones, siendo 49 accidentes de tráfico, 43 accidentes no tráfico, 27 paradas cardiorrespiratorias, 9 inmovilizaciones pediátricas, 12 patologías no traumáticas, y 33 incidentes con intervención de Bomberos en viviendas. Activaciones positivas: 75%. Activaciones negativas: 25%. Activaciones con necesidad de material: 70%. Activaciones con necesidad de RRHH (activaciones positivas) 90%.

Conclusiones:

El tipo de incidente que más requiere la intervención del equipo de apoyo logístico es la PCR siendo la PCR el tipo de incidente que más material logístico precisa, siendo la tienda rápida el material más utilizado, seguido de la iluminación, en segundo lugar los Accidentes de origen traumático, siendo también la tienda rápida el material más utilizado estando los accidentes de tráfico en tercer lugar, siendo la iluminación el material más utilizado, seguido del tablero espinal y el colchón de vacío, A la vista de los resultados podemos concluir que, en un porcentaje importante de activaciones positivas se precisa la utilización de material específico y recursos humanos que conozcan su uso.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 6. TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

P-359

EL USO DE DESFIBRILADORES SEMIAUTOMÁTICOS POR TESTIGOS LEGOS. ESLABÓN IMPORTANTE EN LA CADENA DE SUPERVIVENCIA.

C Fernández Candelas (1), J Guerrero Melle (2), MA Martín Poveda (2), N González Sardina (2), S Justo Morato (2), S Sanz Sáez (2), MC Castillo Ruiz de Apodaca (2)

(1) Cuerpo de Bomberos Madrid/Técnico voluntario SAMUR-PC, (2) SAMUR-PC Ciudad de Madrid. Madrid

Palabras Clave: out of hospital cardiac, emergency treatment, external defibrillator, automated

Objetivos:

Las recomendaciones 2015 ERC y AHA refuerzan nuevamente el concepto de la desfibrilación en los primeros minutos de la parada y describen que las tasas de supervivencia podrían alcanzar el 50-70%, por lo que recomiendan la utilización del DESA (desfibrilador externo semiautomático) de acceso público *in situ*. Sin embargo sospechamos infratilización del DESA por alertantes.

Material o pacientes y método:

Observacional analítico. Población: pacientes en Parada Cardiorrespiratoria (PCR) de causa no traumática atendidos por un SEM. Años: 2006-2015. Exclusión: PCR sin inicio de maniobras, presenciadas por el SEM. Variables Epidemiológicas. Alerta al Sistema de Emergencias (tiempo desde activación a llegada de SEM), RCP Básica por testigos (no testigos, RCP básica, RCP, más DESA), Desfibrilación (ritmo inicial desfibrilable). Resultado: recuperación mantenida de circulación espontánea (REC) Estadística: cuantitativas mediante medidas centrales y dispersión, cualitativas mediante porcentajes Regresión logística binaria para obtener las variables predictivas independientes. Método introducción (odds ratio (OR) e IC 95%), $p < 0,05$.

Resultados:

$n=2.035$. 79% (1611p) varones. El 50% esta entre 51 y 78 años. Mediana de llegada del SEM 8 minutos (IQR: 5.96-10.68). Hay presencia de testigos intervinientes en el 24.9% (506p), sobre el total, el 2.5% (51p) utilizaron DESA. 41.2% con ritmo inicial desfibrilable (838p). 57.6% de los pacientes recuperan REC (1172p) Variables independientes: RCP mas DESA: OR: 3.36 (IC 95% 1.54-7.31) $p=0.002$ ritmo desfibrilable: OR 2.23 (IC 95% 1.85-2.70) $p<0.0001$ llegada de SEM minutos OR 1.10 (IC 95% 0.96-0.99) $p<0.028$.

Conclusiones:

Este eslabón se perfila en nuestro estudio como el más potente. La proporción de paradas que logran recuperación de pulso fue de mas de tres veces en aquellas paradas cuyos testigos tenían un DESA, independientemente del tiempo de llegada del SEM y del ritmo desfibrilable. Es destacable que solo en dos de cada cien PCR se dispone de DESA. Proponemos, el desarrollo de un mapa de localización de DESAS para los centros de coordinación de los SEM, aplicaciones para móviles así como la instalación de DESAS en los vehículos de policía de cada distrito. Sin duda un gran reto para nuestra ciudad.

P-360

FORMACIÓN PRÁCTICA DE LOS TES EN CENTROS DE URGENCIAS

L Bonet Suñé, I Soriano García, M Ribas Lop, A Valero Pitarch, A Rodríguez Martín, C García Clavijo

INS La Guineueta. Barcelona

Palabras Clave: atención prehospitalaria, formación práctica, centros de urgencias

Objetivos:

En el presente curso (2015-16), ocho alumnos/as de 2º del CFGM en emergencias sanitarias del IES La Guineueta, situado en Barcelona, hemos participado de una iniciativa innovadora y muy interesante, única hasta la fecha a nivel nacional, y nuestro objetivo es compartir y difundir nuestra experiencia en esta comunicación. Hemos realizado una formación práctica en un Centro de Urgencias de Atención Primaria (CUAP). Un ámbito fuera del entorno asistencial de del TES, especializado en la atención prehospitalaria. Esta iniciativa surge gracias a la sinergia generada entre la Societat Catalana de Medicina d'Urgència i Emergència (SOCMUE) y las profesoras responsables de esta formación.

Material o pacientes y método:

Experiencia de los 8 alumnos participantes

Resultados:

Todos los participantes concluimos que nuestra estancia en el CUAP ha sido de gran utilidad en nuestro día a día como técnicos, pudiendo complementar nuestra formación práctica de la mano de profesionales en un entorno controlado y con el tiempo y los medios suficientes, integrándonos en los equipos de profesionales sanitarios y participando activamente en su día a día. Mejorando tanto en la asistencia en técnicas de enfermería propias de un técnico en un SVA, como trabajando nuestras capacidades en el campo de la anamnesis e identificación de patologías y en la transmisión de la información en el triaje.

Conclusiones:

Hemos tenido la suerte de poder participar en este proyecto, rodeados de sanitarios con una gran experiencia y con gran vocación docente, tan ilusionados como nosotros. No podemos hacer otra cosa que recomendar esta experiencia que creemos enriquecedora para cualquier TES, que ayudará a tener una mejor formación para ejercer las competencias del Técnico en Emergencias Sanitarias, aunque esté fuera de su ámbito de acción habitual.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 6. TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

P-361

ANÁLISIS DE LA FORMACIÓN PRIMER RESPONDIENTE ADAPTADO A LA TOTALIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL DESTINADA EN MADRID CAPITAL (I FASE)

JR Madera Amor (1), II Ilzarbe Ucelay (2), A Concejero Ballester (2), V Fernández de Cordo González (2), F Monforte Escobar (2), JD Pasalodos Sanguino (2), M Marcos Alonso (2)

(1) Cuerpo Nacional de Policía/SAMUR-PC, (2) SAMUR-PC.
Pozuelo de Alarcón, Madrid

Palabras Clave: resucitación cardiopulmonar, formación, policía

Objetivos:

Actualmente se habla de la necesidad de formar en primeros auxilios a personal de emergencias como policía y bomberos, pero apenas se encuentran estudios sobre la formación impartida a estos. En la mayoría de los casos la policía es quien llega en primer lugar, por lo que en una actuación con heridos, deberían tener unos conocimientos en primeros auxilios para actuar hasta la llegada de las ambulancias.

Material o pacientes y método:

Estudio de antes-después sobre los conocimientos adquiridos tras una formación en primeros auxilios de los intervinientes Policías. Con una muestra de 1000 policías se realizó un pre-test (valorado de 1 a 10) para la evaluación de conocimientos previos junto a un cuestionario para determinar qué formación habían recibido previamente. Intervención: Formación en primeros auxilios de 5 horas teórico-prácticas, con post-test para evaluar los conocimientos adquiridos. Creación de una base de datos resumiendo la actividad y aplicación del programa SPSS Statistics 22 para su análisis.

Resultados:

Muestra final de 984 policías. Alumnos no identificados (1% de pérdidas) Puntuación media de pre-test: 2/10. Puntuación media tras formación (postest): 8/10 con diferencia significativa ($p < 0,05$). El 37% asegura no haber recibido formación en primeros auxilios. Ante la pregunta si se consideraban preparados para realizar la Reanimación Cardiopulmonar (RCP), el 78,5% afirman que no, el motivo por el que no se consideran preparados: Falta de formación (75%), miedo a consecuencias legales (10%), presión social (0,6%) y el resto no contesta.

Conclusiones:

La policía no se siente preparada para realizar la RCP y, por tanto, consideramos necesario incentivar su formación al ser parte de los primeros eslabones de la cadena de la supervivencia con los que necesitamos contar. Existe una mejora sustancial de conocimientos, mejorando su autoconcepto sobre su capacidad de hacer RCP y fomentar su participación en la cadena de supervivencia.

P-362

LOS RECURSOS DE APOYO LOGÍSTICO ESPECIALIZADOS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

J Guerrero Melle, S Justo Morato, S Sanz Sáez, D González Rodríguez, E Granizo Calvo, JJ Giménez Mediavilla

SAMUR-Protección Civil. Madrid

Palabras Clave: incidente con víctimas en masa, logística, tiempo de reacción en desastres

Objetivos:

Entre las diversas situaciones a las que tienen que dar respuesta los Servicios de Emergencias Sanitarias Extrahospitalarias se encuentran algunas en las que se hace necesaria la presencia de recursos especiales con conocimientos, material e incluso procedimientos especializados, de tal modo que puedan complementar al resto de unidades en lo relativo a necesidades específicas en incidentes que destacan por su complejidad, dimensiones, gravedad, contexto, peligrosidad. Para cubrir estas necesidades se configuran los recursos de apoyo logístico especializados. Los recursos de apoyo logístico en SAMUR. Protección Civil cuentan con unas capacidades que se agrupan en cinco áreas: riesgos NRBC-E, Incidentes con Múltiples Víctimas, apoyo sanitario con material especializado, seguridad en la escena y logística.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de las bases de datos de SAMUR Protección Civil de 2015.

Resultados:

Estos recursos tuvieron en 2015 un total de 2130 activaciones, resultando una media de casi seis activaciones por día. Las intervenciones a las que se activaron de manera más frecuente fueron: pacientes traumáticos graves (accidentes de tráfico, atropellos, precipitados, 25%), patologías médicas graves (inconsciencia o PCR, 19%), seguimiento de riesgos previsibles (14%) e incendios (13%). El tiempo medio de respuesta de estas unidades fue de 8 minutos y 40 segundos, algo más de un minuto por encima de la media del resto de unidades. Los recursos de apoyo logístico tienen unas capacidades que les permite desarrollar de manera efectiva un abanico muy amplio de tareas en apoyo del resto de unidades. Estos recursos tienen, así mismo, una actividad diaria considerable con tiempos de respuesta muy adecuados a las necesidades de apoyo especializado generadas.

Conclusiones:

Algunas intervenciones reúnen características singulares que hacen necesaria la presencia de recursos de apoyo logístico especializados. La efectividad en las tareas a desarrollar de estas unidades reside en la prontitud de su llegada, siendo necesario por un lado que estén presentes en el operativo ordinario, y por otro que su activación se realice de manera sistemática ante la sola sospecha de que puedan ser necesarios en una intervención.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 6. TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

P-363

TÉCNICA DE MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE OBESO Y/O DE DIFÍCIL ACCESO

Rodríguez Cabrero, J Caballero Ortega

SAMUR-PC. Manzanares el Real, Madrid

Palabras Clave: obesidad, transferencia de pacientes, servicios de emergencias prehospitalarias

Objetivos:

Para los SEM (Servicios de Emergencias Médicas), no es frecuente emplear técnicas de movilización de pacientes diferentes a las habituales, si tienen características especiales (obesidad, etc), o bien están en un entorno de difícil acceso. Es preciso adaptar técnicas y/o dispositivos para resolver estas situaciones. La resolución de casos complejos, mediante dispositivos alternativos, es el objeto del trabajo.

Material o pacientes y método:

Diseño: Técnica descriptiva del dispositivo y uso. Población: Pacientes atendidos por un SEM de difícil movilización, en colaboración con Bomberos. Exclusión: pacientes críticos, traumáticos y lactantes. Recogida de datos: Cuestionario de satisfacción a 24 bomberos e intervinientes tras uso del dispositivo con variables dicotómicas: fácil explicación, facilidad y rapidez de uso, lesiones en paciente e intervinientes, y movilización efectiva con un resultado de muy satisfactorio.

Resultados:

Esta técnica se ha empleado en tres intervenciones por los SEM junto con O80. Se cuenta con tres correas para realizar un arnés: 1) Primera correa en ocho en la parte superior del cuerpo (hombro izquierdo a axila derecha, hombro derecho a axila izquierda, cerrando la correa. 2) Segunda correa en zona inguinal, siguiendo el mismo método cruzado (cadera izquierda a ingle derecha, cadera derecha a ingle izquierda, cerrando la correa) y 3) Tercera correa que une las dos anteriores, de tórax a abdomen. Finalmente ajustamos el dispositivo fijándolo al cuerpo. Para movilizar contamos con: 2 profesionales en los laterales que traccionan de la correa superior, y 1 profesional que tracciona de la correa longitudinal, permitiendo colocar al paciente sobre los dispositivos de evacuación. Todas las variables son puntuadas favorablemente en todos los casos. Sin lesiones. Consiguiendo el objetivo de movilización efectiva.

Conclusiones:

Técnica rápida, práctica, de fácil manejo permitiendo solucionar la demanda del paciente (tanto evacuación como colocación en bipedestación), evitando lesiones.

P-364

PERFIL DEL FORMADOR EN EL EQUIPO DE FORMACIÓN A LA CIUDADANÍA DE SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL

V Fernández de Cordo González, F Monforte Escobar, C Sánchez Rodríguez, JR Madera Amor, F Marcos Pérez, JD Pasalodos Sanguino, M Marcos Alonso

SAMUR-PC. Madrid

Palabras Clave: education, training, instructor

Objetivos:

Diversos servicios de emergencias extrahospitalarias llevan a cabo programas de formación al ciudadano en materia de primeros auxilios. En el caso de SAMUR-Protección Civil, el Equipo de Formación a la Ciudadanía participa activamente en las actividades del programa 'Alertante' y 'Primer Respondiente'. La elevada actividad formativa del equipo es desarrollada por formadores del cuerpo de voluntarios.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo transversal de una muestra de 178 formadores del total de 270 que integran el claustro de formadores que han cumplimentado un cuestionario online enviado sobre el perfil de estos formadores. Recogida de datos en Base (Procesamiento de datos con) Oracle y Excel.

Resultados:

En la muestra: 80 mujeres (44.9%) y 98 varones (55.1%). 57.87 % < 35 años (20-62 años). Formación máxima oficial alcanzada: E.S.O. o equivalente: 11 (6.2%), bachillerato o equivalente: 40 (22.5%), FP grado medio: 33 (18.5%), FP grado superior: 24 (13.5%), grado / licenciatura/diplomatura = 53 (29.8%), master oficial: 13 (7.3 %), doctorado: 4 (2.2%). Situación laboral: En activo: 109 (61.2%), desempleado: 31 (17.4%), estudiante FP: 9 (5.1%), estudiante universitario: 29 (16.3%). - Experiencia como formador previa al ingreso en el equipo: 86 (48.3%) / sin experiencia: 92 (51.7%). Formación sanitaria máxima: titulados Medicina (3), titulados en Enfermería (21), y titulados FP TES (42). En formación: Grado en Medicina (8), Grado en Enfermería (13) y FP TES (18). El 37.1 % de la muestra tiene formación sanitaria oficial como TES, enfermero o médico. Junto con los estudiantes de dichas titulaciones, la cifra aumenta hasta el 59 %.

Conclusiones:

El perfil del formador, en nuestra muestra, es mayoritariamente varón, y con una edad inferior a los 35 años. Tiene estudios universitarios y se encuentra activo a nivel laboral. En casi la mitad de los casos no tienen experiencia previa como formador. Gran parte del claustro de formadores tiene formación sanitaria oficial realizada o en curso (59%).



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 6. TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

P-365

PATOLOGÍA EN EL EVENTO DEPORTIVO MAPOMA RELACIONADA CON LOS FACTORES CLIMÁTICOS

C Feital García, F López Pereira, F Monforte Escobar, MA Tejedor Castillo, MJ Bartolomé Martínez, A González Municio, F Prados Roa

SAMUR- Protección Civil. Madrid

Palabras Clave: temperature, body temperature, humidity

Objetivos:

El Maratón Popular de Madrid (MAPOMA) es la prueba por excelencia del running en la ciudad de Madrid. El dispositivo de SAMUR-Protección Civil consiste en 3 USVA, 3 puestos médicos, 10 USVB y equipos de proximidad. Durante los últimos 5 años las condiciones climatológicas, así como el número de pacientes y la patología que han presentado los mismos han sido variables.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo de los pacientes atendidos en el MAPOMA por personal de SVA de SAMUR-PC en 2011-2014. Se exponen datos de 2011-2012 y 2015 años que representan nuestra hipótesis. Variables: Temperatura media y humedad relativa media desde el inicio de carrera hasta el cierre de meta (www.accuweather.com). N° de pacientes con patología traumática (PTRAU) y médica (PMED) atendidos en tres tramos horarios de la carrera (T1:09:00-11:00)(T2:11:00-13:00)(T3:13:00-15:00). Gestión de datos y análisis estadísticos con Access, Excel, SPSS v17.

Resultados:

Año 2011: 1500 participantes, temperatura entre 9-19°C, humedad relativa 87%-32%. 81 pacientes. PTRAU=81,5%: (T1=35%)(T2=28,8%)(T3=68,2%) y PMED=18,5% (T1 = 6,7%)(T2=26,7%)(T3=66,7%). Año 2012: 18000 participantes, temperatura entre 10-18°C, humedad relativa 71%-32%. 90 pacientes. PMED=72,2% (T1=4,6%)(T2=33,8%)(T3=61,5%) y PTRAU=27,8% (T1=12%)(T2=36%)(T3=52%). Año 2015: 31.000 participantes, temperatura entre 11-9°C, humedad relativa 90%-88%. 85 pacientes. PMED = 76,5% (T1=7,7%)(T2=26,2%)(T3=66,2%) y PTRAU=23,5% (T1=25%)(T2=50%)(T3=25,7%). Pacientes atendidos por alteraciones de termorregulación: (2011=0)(2012=4)(2015=33).

Conclusiones:

En las primeras horas de carrera las patologías que se atienden son la mayoría de origen traumatológica y leve. Al final de carrera, que coincide con el pico alto de temperatura y con el grado más bajo de humedad, destacan las patologías médicas. En los últimos 5 años, el año más cálido y más seco (2014) es el que más pacientes atendemos y el año más frío y húmedo (2015) es el que menos pacientes se han atendido. En 2015 la mayoría de los pacientes atendidos presentan hipotermia leve. En vista a los resultados obtenidos, 9,9°C parece ser la temperatura media óptima para los corredores, ya que es la temperatura que se recoge en los años con menos pacientes (2014 y 2015).

P-366

EVOLUCIÓN DE LA SEGURIDAD DE LOS TÉCNICOS DE EMERGENCIAS SANITARIAS EN LA VÍA PÚBLICA DE LAS ISLAS BALEARES (1990-2015)

G Nicolau Far, J Nicolau Far, A Rotger Terrasa

GAU 061 Baleares. Palma de Mallorca

Palabras Clave: ambulancia, seguridad, técnico

Objetivos:

El uso de material reflectante en la uniformidad de los Técnicos en Emergencias Sanitarias (TES) ha supuesto en estos veinticinco años una evolución y aumento en la seguridad en la vía pública para los técnicos.

Material o pacientes y método:

Método observacional y comparativo.

Resultados:

En la actualidad el uso de material reflectante en la uniformidad, unido a una mayor visibilidad del vehículo ambulancia con más iluminación y señalización exterior, han aumentado la seguridad en el trabajo en la vía pública, reduciendo las situaciones de peligro.

Conclusiones:

Los diferentes medios puestos a disposición de los TES en las Islas Baleares en materia de protección durante los últimos años, hacen que la evolución de estos años haya permitido desempeñar sus funciones minimizando los riesgos y aumentando la profesionalidad de los técnicos implicados.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 7

Urgencias extrahospitalarias, reanimación cardiopulmonar, catástrofes, IMV

28
Congreso
nacional SEMES



URGENCIAS
evolucionando



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 7. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-367

REVISIÓN DE AUMENTO DE USO DE LA VÍA INTRAÓSEA EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS

J Rollán Vallejos (1), J Amigo Rodríguez (2), A Larrea Redín (3), E Mendarozketa Gómez (4), L Basagoiti Salazar (4), M Rojo Salaverri (5), A Etxebarria Gulias (5)

(1) Hospital Universitario Cruces, (2) Hospital Universitario de Basurto (Urgencias), (3) Clínica Zorrozaure (Urgencias), (4) Igalatorio Médico Quirúrgico (Prevención), (5) Emergentziak Osakidetza. Vizcaya

Palabras Clave: dispositivos de acceso vascular, urgencias médicas, huesos

Objetivos:

El acceso intraóseo fue descrito por primera vez a principios del siglo XX. Alrededor de la década de los cincuenta, la aparición de los catéteres intravenosos desplazó su uso. Sin embargo volvió a resurgir a finales de siglo y hoy en día las guías internacionales de urgencias y emergencias (AHA/ERC/ILCOR) lo consideran el segundo método de acceso vascular más eficaz, habiendo sustituido completamente a la vía endotraqueal.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo con una recogida de datos de consumo de DAIO y de volumen de actividad de los equipos de Soporte Vital Avanzado (SVA) en la CAPV durante los periodos enero- octubre de los años 2008, 2012 y 2014. Se lleva a cabo una descripción comparativa de las diferentes variables mediante porcentajes. Así mismo, aplicamos la prueba de test de t-student para datos relacionados considerando significativo un p-valor < 0.05.

Resultados:

Los resultados indican que el total de DAIO utilizados en el periodo de 2012 aumentó un 153. 62% frente al consumo del 2008, habiéndose dado un incremento de 197. 23% en el 2014. Podemos afirmar con un 95% de confianza, que el consumo medio de DAIO de los equipos de SVA ha aumentado comparativamente en los años 2014, 2012 y 2008 (p-valor=0,0061), sin embargo en este periodo la media de la actividad de los equipos ha disminuido (p-valor 0,0075), manteniéndose casi constante en los periodos de 2012 y 2014.

Conclusiones:

Como conclusiones podemos afirmar que siendo el volumen de trabajo menor en los primeros diez meses del año 2012 y 2014 que en el mismo periodo de 2008, el consumo de DAIO se ha incrementado sustancialmente, lo cual confirma el resurgimiento de este tipo de acceso y la aceptación que han tenido los nuevos dispositivos por parte del personal sanitario de la medicina de emergencias.

O-368

DIFERENCIAS EN EL PERFIL METABÓLICO INICIAL DE LAS PARADAS CARDIACAS EXTRAHOSPITALARIAS CON RITMOS DESFIBRILABLES Y NO DESFIBRILABLES, Y SU REPERCUSIÓN EN EL MANEJO Y VALORACIÓN PRONÓSTICA DE LOS PACIENTES

E Corral Torres, MI Casado Flórez, RM Suárez Bustamante, A Sanjuán Linares, R de Elías Hernández, MJ García-Ochoa Blanco SAMUR-Protección Civil. Madrid

Palabras Clave: out of hospital cardiac arrest, blood chemical analysis, emergency medical services

Objetivos:

El estado metabólico inicial del paciente con una parada cardiorrespiratoria (PCR) que debuta con un ritmo desfibrilable, debería ser diferente al de aquella PCR que se inicia en asistolia o AESP. Esos valores, que salvo excepciones, hoy no son monitorizados, podrían orientarse a mejorar el manejo de algunas de las causas de PCR.

Material o pacientes y método:

Observacional analítico. Población: cohorte de 1016 pacientes con PCR extrahospitalaria causa médica atendidos entre 2012-2015 por un SEM. Exclusión: PCR sin inicio maniobras. Variables Epidemiológicas(edad, sexo), Explicativas: pH, Exceso de Bases (valores analíticos tomados al comienzo de la reanimación) Resultado: diferencias metabólicas y recuperación neurológica (valorada por escala CPC) considerándose buena recuperación los grados I-II. Análisis estadístico: se valoran variables cuantitativas descritas con medidas centrales y de dispersión, cualitativas mediante frecuencias. Para asociar variables independientes se realizó análisis multivariado mediante modelo de regresión logística binaria. Se estiman Odds ratio(OR) e intervalos de confianza p<0, 05. SPSS versión 17.

Resultados:

Se incluyen 1016 pacientes con PCR extrahospitalaria. Mediana edad: 66 años(IQR 53-79). El 79, 5%(808)son hombres. Un 36, 7%(373) presentan ritmos desfibrilables. Recuperación neurológica completa (CPC III): 198(19, 5%). Ambos metabolitos muestran diferencias estadísticamente significativas en análisis univariable con respecto al ritmo inicial. pH: 7, 18(DF) vs 7, 08(no DF) p=0, 00. EB: -5, 1(DF) vs -7, 62(no DF)p=0, 00. En el modelo de regresión logística, el pH queda como variable independiente asociada al ritmo de inicio. OR: 3, 056, p=0, 00. El pH se muestra también como variable independiente asociada a la recuperación *ad integrum*, tanto en los ritmos desfibrilables (OR: 4, 68 p=0, 00), como en los no desfibrilables (OR: 2, 42 p=0, 026). El EB no se mostró como variable asociada independiente para ningún ritmo.

Conclusiones:

Los resultados posibilitan, por una parte, valorar diferenciadamente los ritmos de PCR en relación al pH inicial y al EB, y por otra, tener en cuenta al pH inicial como parámetro diagnóstico y pronóstico de recuperación neurológica completa en los pacientes que sufren una PCR extrahospitalaria, tanto en los ritmos desfibrilables, como en no desfibrilables.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 7. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

O-369

EL ORDEN DE LLEGADA DE LOS RECURSOS AL PARO CARDIACO EXTRAHOSPITALARIO, ¿FACTOR DECISIVO EN EL RESULTADO CLÍNICO?

C Torres Gómez de Cádiz, T González Vila, D González Rodríguez, MC Castillo Ruiz de Apodaca, JJ Giménez Mediavilla, S Justo Morato, J Gajate Cano

SAMUR- Protección Civil. Madrid

Palabras Clave: emergency medical services, out of hospital cardiac arrest, cardiopulmonary resuscitation

Objetivos:

La asistencia al paro cardíaco extrahospitalario (PCR) es una actuación multidisciplinar con diferentes escalones asistenciales. Los servicios de emergencias médicas (SEM) cuentan con diferentes recursos sanitarios que acuden a estos eventos con la mayor celeridad posible, pero no siempre llegan al lugar en el mismo orden. Por ello queremos analizar si este orden de llegada influye en la recuperación de la circulación espontánea (RCE) del paciente, comparando las PCR atendidas por un SVB en primer lugar y las atendidas directamente de inicio por un SVA.

Material o pacientes y método:

Observacional-analítico, basado en los datos estadísticos recogidos por el servicio. Población: PCR con intento de reanimación atendidas por SEM en 2014- 2015. Variables: Tiempo de respuesta del recurso (SVA, SVB). Orden de llegada: 2 grupos, se establece un corte en SVB>SVA a los 3 minutos (tiempo estimado de recogida de material, evaluación de escena, paciente y 1 ciclo completo de SVB+DEA): o SVB>3min>SVA, o SVB<3min>SVA + SVA>SVB. Variable resultado: resultado clínico del paciente (RCE+, RCE- (Donante en asistolia/muerte *in situ*). Estadística: Cuantitativas medidas centrales de dispersión, cualitativas mediante frecuencias. Contraste de hipótesis con chi cuadrado y U de Mann-Whitney. $p < 0,05$.

Resultados:

$n=732$. ROSC+ 48, 5% (355), ROSC- 51, 5% (377), Tiempo respuesta SVA: mediana: 07: 40 (IQR: 05: 36 - 10: 10), Tiempo respuesta SVB: mediana: 07: 07 (IQR: 04: 49 - 09: 34), $p=0,008$ SVB>3min>SVA: $n=159$, RCE+ 54, 1% (86), RCE- 45, 9% (73). SVB<3min>SVA + SVA>SVB: $n=573$, RCE+ 46, 9% (269), RCE- 53% (304), $p > 0,05$.

Conclusiones:

Los resultados muestran una tendencia positiva a la reanimación en las PCR atendidas primero por un SVB y después un SVA, sin significación estadística. Esto puede ser debido a la diferencia de tiempos entre la llegada de un SVB y SVA, al ser un recurso más numeroso. Consideramos que esto implica que lo prioritario en una PCR es que llegue un recurso lo antes posible sin importar el nivel de soporte, y remarca la importancia del masaje cardíaco de calidad, junto a la desfibrilación precoz, en los primeros minutos de la parada.

O-370

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES REANIMADOS TRAS UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA UTILIZANDO EL CARDIOPRESOR MECÁNICO EXTERNO LUCAS Y EL MASAJE MANUAL CONVENCIONAL

J Borja Padilla (1), JM Villadiego Sánchez (1), JR Lacalle Remigio (2), F Aranda Aguilar (1), S Cruz García (1), A Romero Hidalgo (1), E Flores Rico (1)

(1) Empresa Pública Emergencias Sanitarias Andalucía.,

(2) Universidad de Sevilla. Sevilla

Palabras Clave: parada cardíaca extrahospitalaria, cardiopresor mecánico Lucas, supervivencia

Objetivos:

La literatura resalta la parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria (PCR_EH) como un problema sanitario de primera magnitud y la principal causa de muerte prematura tanto en España como en los países occidentales. A nivel extrahospitalario, una recuperación sin secuelas neurológicas exige optimizar los tiempos de actuación y realizar unas compresiones torácicas de alta calidad. Si añadir el empleo de cardiopresores mecánicos durante las maniobras de Soporte Vital Avanzado (SVA) elimina la fatiga del reanimador y consigue resultados óptimos de perfusión cerebral, deberían mejorar los resultados de RCP y por tanto, la supervivencia de los pacientes en los que se ha usado.

Material o pacientes y método:

Es un estudio observacional prospectivo de cohortes utilizando la información recogida por Equipos de Emergencia 061 Andalucía durante el período comprendido entre el 01. 09. 2014 y el 31. 03. 2015. Se incluyen pacientes mayores de 18 años que presentaron PCR_EH no traumática y se ha agrupado en las cohortes (A-RCP) y (M-RCP).

Resultados:

Hemos atendido 849 PCR_EH: 601 son Hombres y 248 Mujeres. El equipo responsable de la atención extrahospitalaria consideró que existían criterios de iniciar maniobras SVA en 747 de ellos (88. 30%). Se utiliza el cardiopresor mecánico Lucas en el 13. 52% de los casos. La supervivencia lograda a la llegada al hospital ha sido del 34. 65% en la cohorte A-RCP y del 34. 21% en M-RCP, y, a los dos meses de recibir el alta hospitalaria ha sido del 22. 86% en A-RCP y del 23. 98% en M-RCP.

Conclusiones:

La supervivencia, tanto a la llegada al hospital como a los dos meses del alta hospitalaria, es similar en ambos grupos. Los EE_061 Andalucía consiguen, durante las maniobras de SVA, una efectividad, referida al masaje cardíaco y en cuanto a tasas de supervivencia logradas tanto a la llegada al hospital como a los dos meses del alta hospitalaria, similar al cardiopresor mecánico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 7. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

O-371

ADRENALINA EN LA PARADA CARDIACA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

I Morales Cané, MR Valverde León, MA Rodríguez Borrego

Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba
(IMIBIC)/Universidad de Córdoba. Hospital Universitario
Reina Sofía. Córdoba

Palabras Clave: parada cardiaca, adrenalina, supervivencia

Objetivos:

La parada cardiorrespiratoria es la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de respiración y circulación espontáneas, en una situación previa que no hacía esperar un desenlace mortal en ese momento. La adrenalina es una de las tres catecolaminas naturales que tiene efecto cronotrope e inotrope positivo, por tanto incrementa el volumen minuto y la presión arterial sistólica y simultáneamente el consumo de oxígeno del miocardio.

Material o pacientes y método:

Revisión sistemática en Medline, Embase y Cochrane desde 01/01/2005 hasta 28/02/2015 de ensayos clínicos y estudios observacionales. El meta-análisis se realizó utilizando un modelo de efectos aleatorios mediante el software RevMan 5.3. El estudio se llevó a cabo entre febrero de 2015 y junio de 2015.

Resultados:

Se observó aumento en las tasas de retorno de circulación espontánea con la administración de adrenalina (OR 2,02, 95% IC 1,49-2,75, I²=95%) frente a la no administración de adrenalina. El meta-análisis mostró un aumento de la supervivencia al alta/30 días en la administración de adrenalina (OR 1,23, 95% IC 1,05-1,44, I²=83%). Estratificado por ritmos desfibrilables y no desfibrilables se mostró un aumento de la supervivencia en ritmos no desfibrilables (OR 1,52, 95% IC 1,29-1,78, I²=42%). También se observó un incremento en la supervivencia al alta/30 días en la administración de adrenalina antes de 10 minutos frente a la administración tardía (OR 2,03, 95% IC 1,77-2,32, I²=0%).

Conclusiones:

La administración de adrenalina parece incrementar la tasa de retorno de circulación espontánea pero no se ha encontrado un efecto positivo en tasas de supervivencia ni en tasas de pacientes con estado neurológico favorable, en comparación con otras terapias.

O-372

GOLDEN HOUR: DE LA LITERATURA A LA REALIDAD. EXPERIENCIA EN UNIDADES DE SOPORTE VITAL AVANZADO CON ENFERMERÍA EN LA REGIÓN DE BARCELONA

G Roca Fontcuberta, B Carrión Pleguezuelos, Y Ferreres Ramia,
J Barreiro López, FX Jiménez Fàbrega, M Muñoz Mancisidor

Sistema d'Emergències Mèdiques SA. Terrassa, Barcelona

Palabras Clave: enfermería, atención prehospitalaria, traumatismo múltiple

Objetivos:

La detección precoz del traumatismo grave y su traslado rápido a un centro útil mejoran la supervivencia. En Cataluña el Departament de Salut implantó en 2011 la instrucción Código politraumático, que regula la asistencia y traslado del paciente traumático y clasifica su gravedad en 4 categorías: Criterios fisiológicos (CF), Criterios anatómicos (CA), Mecanismo lesional (ML), y Comorbilidad (CM). La National Association of Emergency Medical Technicians y el Committee on Trauma del American College of Surgeons consideran calidad un tiempo de asistencia definitiva (respuesta, asistencia, y traslado) inferior a 60 minutos. Las Unidades de Soporte Vital Avanzado con enfermería (USVAe) atienden a este tipo de paciente.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Se incluyeron pacientes atendidos y trasladados por USVAe en Barcelona durante 2014 y 2015, clasificados como Código politraumático. Excluimos servicios nulos.

Resultados:

Cumplieron criterios inclusión 2205, 26, 5% en la periferia (P) y 73, 5% en Barcelona ciudad (C). La causa más frecuente fue el accidente de tráfico en ambos grupos. La frecuencia de la gravedad y los tiempos de asistencia definitiva del grupo P fueron: CF, 6, 21% y 62, 4 minutos, CA, 14, 58% y 54, 4 minutos, ML, 74, 88% y 56, 42 minutos, CM, 4, 32% y 58, 65 minutos. En el grupo C resultaron: CF, 5, 53% y 50, 11 minutos, CA, 17, 35% y 44, 64 minutos, ML, 75, 22% y 43, 11 minutos, CM, 1, 88% y 45, 58 minutos. La asistencia definitiva fue inferior a 60 minutos en un 87, 5% de los casos.

Conclusiones:

Se realizan más traslados por USVAe en la zona urbana que en la metropolitana. La gravedad fue proporcional en ambos grupos, siendo la más habitual la sospechada por la cinemática del accidente, y la menos frecuente la atribuida a la comorbilidad del afectado. Las USVAe respetaron las recomendaciones de tiempo definitivo, excepto en el grupo CF de la periferia, donde se excedieron un 4%. El desconocimiento de la necesidad de rescate o extricación del paciente debe ser considerado como una limitación en la interpretación de los resultados.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 7. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

O-373

INFLUENCIA DE LA CADENA DE SUPERVIVENCIA EN EL DONANTE REAL

J Carrasco Yubero, V Fernández de Cordo González,
E Pastor González, MJ García-Ochoa Blanco

SAMUR-PC. Madrid

Palabras Clave: out of hospital cardiac, emergency treatment, tissue and organ procurement

Objetivos:

Desde finales de la década de los 80, aparece el concepto de cadena de supervivencia para reflejar el conjunto de actuaciones que deben ponerse en marcha de forma rápida y ordenada ante una parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria (PCR-EH). Desde entonces se utiliza para dirigir las maniobras encaminadas a optimizar la perfusión y con ello mejorar la supervivencia de los pacientes. En aquellos casos donde la PCR-EH no es reversible, se mantiene una correcta oxigenación de los órganos para optimizar su donación.

Material o pacientes y método:

Observacional analítico. Población: pacientes en PCR-EH vía pública, atendidos por un SEM, que no recuperan pulso y cumplen criterios de inclusión en el código de donación en asistolia años (2009-2015). Exclusión: sin inicio de maniobras. Variables independientes: Epidemiológicas (edad y sexo), Alerta al SEM (tiempo desde activación a llegada de SEM), RCP-B por testigos (presencia de testigos intervinientes), PCR presenciada por SEM, Ritmo inicial) Variable resultado: donante real (extracción de órganos válidos para trasplante). Estadística: cuantitativas medidas centrales y de dispersión, variables cualitativas porcentajes. Análisis multivariado mediante un modelo de regresión logística binaria. Se estiman Odds ratio (OR) e IC95% $p < 0,05$.

Resultados:

$n=164$. Mediana de 48 años (IQR: 39-53) El 92,1% (151p) varones. el 48,8% (80) sin RCP-B por testigos, el 40,2% (66) con RCP-B por testigos, y el 11% (18) SEM presencia la PCR-EH. El 37,8% (62) fibrilación ventricular el 11% (18) actividad eléctrica sin pulso y asistolia el 51,2% (84). Llegada del SEM 8'25" (IQR: 5'58"-11'24"). El 65,9% de pacientes son donantes reales (108p). La única variable asociada independiente a donante real es el ritmo de FV: OR: 3,7 (IC95% 1,6-8,2) $p=0,001$, controlada la edad, tiempo de llegada, presencia de testigos e incluso PCR presenciada por SEM.

Conclusiones:

En nuestro estudio sólo el ritmo de parada está asociado al donante real. La proporción de personas que son finalmente donantes reales fue bastante mayor en aquellos con FV (3,7 veces con respecto a otros ritmos), independientemente de los demás eslabones estudiados.

O-374

FACTORES PREDICTIVOS DE LESIÓN INTRACRANEAL EN LOS TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS LEVES

M Soler Sellarés (1), D Juvinyà Canal (2), J Mora Yélamos (1),
F Roqueta Egea (1), A Portabella Serra (1), J Casadevall Castella (1),
A Arnau Bartes (1)

(1) Fundació Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa,

(2) Universitat de Girona

Palabras Clave: traumatismo craneal, Glasgow, atención prehospitalaria

Objetivos:

En la mayoría de publicaciones se consideran como traumatismos craneales (TCE) leves aquellos cuyo Glasgow (GCS) entre los valores de 13 y 15. Aunque su evolución clínica es generalmente satisfactoria, existe cierto número de pacientes que presentan lesiones intracraneales evidenciadas por Tomografía Axial Computarizada (TAC). La detección de signos/síntomas clínicos que permitieran definir este grupo de pacientes ofrecería la posibilidad de poner en marcha mecanismos asistenciales específicos y la derivación a los centros más apropiados.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo de pacientes con TCE leve asistidos por nuestro sistema de emergencias extrahospitalarias durante los años 2005-2012. Se revisaron los informes de emergencias y urgencias así como el resultado de las pruebas de imagen realizadas. Las variables del estudio fueron demográficas, mecanismo lesional, clínica neurológica, GCS, mecanismo de seguridad y lesiones intracraneales. Para determinar los factores predictivos se utilizaron modelos univariantes y multivariantes. El análisis estadístico se realizó con el programa IBM SPSS Statistics v. 20 y STATA v. 10.

Resultados:

Se atendieron 515 pacientes con TCE leve con edad media de 44,5 y predominio de varones (69%). El mecanismo lesional fue accidente de tráfico (53,4%), caídas (27,2%) y precipitados (11,8%). En la valoración inicial, un 66,2% tenían GCS 15, un 17,3% 14 y un 16,5% de 13. A un 93,6% de ellos se les realizó un TAC craneal. De entre ellos un 27,4% presentaban lesión intracerebral. En el modelo multivariante las variables asociadas a lesión intracerebral fueron edad (OR=1,03), conmoción cerebral (OR=3,60), amnesia postraumática (OR=2,58), repetición (OR=2,21), otorragia (OR=41,75), anisocoria (OR=14,10) y GSC 14 (OR=2,82) y GSC 13 (OR=4,39). La capacidad de discriminación según el área la curva ROC fue de 83,0%.

Conclusiones:

Existe una probabilidad significativa de presentar lesión intracraneal en pacientes afectados de TCE leve cuando presentan alguno de los signos/síntomas descritos lo que nos es útil en extra hospitalaria para determinar la actuación óptima. Cabría reconsiderar el GCS 13 como criterio de TCE moderado ya que triplica el riesgo de lesión intracraneal.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 7. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

O-375

MÉTODO EXTRAHOSPITALARIO DE TRIAJE AVANZADO (META). ESTUDIO DEL PERFIL ROJO QUIRÚRGICO Y ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO DE LAS ESCALAS DE GRAVEDAD EN LA ESCENA A PARTIR DE UN REGISTRO DE TRAUMA GRAVE

R Romero Pareja (1), IJ Thuissard Vasallo (2), D Sanz Rosa (3), F Turégano Fuentes (4), R Castro Delgado (5), P Arcos González (5)

(1) Hospital Universitario de Getafe, (2) Departamento de Farmacia y Biotecnología. Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Europea. Madrid, (3) Departamento Clínico, Facultad de Ciencias Biomédicas Universidad Europea, Madrid, (4) Sección de Cirugía. Madrid

Palabras Clave: triaje, trauma, escalas, gravedad

Objetivos:

El Método Extrahospitalario de Triage Avanzado (META) nace para identificar a pacientes con alta prioridad quirúrgica (Rojo Quirúrgico) en trauma, que se beneficien de un traslado preferente. Ningún estudio ha validado aún dicho método.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional retrospectivo a partir del Registro de Trauma Grave del Hospital Universitario Gregorio Marañón (nivel III) llevado a cabo entre junio/1993 y diciembre/2011. Se seleccionaron los pacientes RQM (trauma penetrante y/o trauma cerrado de tronco con signos de shock, sin considerarse los criterios relativos a la pelvis por dificultades de valoración en la escena). Se realizó un análisis comparativo de las siguientes variables: edad, sexo, localización del trauma, constantes en escena, intubación orotraqueal(IOT) y/o reanimación cardiopulmonar(RCP), tiempo en el traslado, escala coma Glasgow (ECG), MAGAP, RTS, índice shock(IS), intervención quirúrgica y mortalidad. Análisis estadístico: SPSS 20.0.

Resultados:

Se incluyeron 1973 pacientes, de los cuales 727 cumplían los criterios RQM, la mediana de edad fue de 34[19] años, con predominio de varones (82, 6%, $p < 0,001$) y el área anatómica preferentemente afectada fue el tronco [698(40, 4%), $p < 0,001$]. Los pacientes RQM tuvieron una TAS menor (100, 0[50, 0] vs. 120, 0[30, 0] mmHg, $p < 0,001$), una FC más alta (98, 0[35, 5] vs. 90, 0[25, 0] bpm, $p < 0,001$) y precisaron con más frecuencia maniobras de RCP [57 (85, 1%), $p < 0,001$], sin apreciarse diferencias en la ECG (15, 0[5, 0] vs. 15, 0[6, 0], $p = 0,193$) ni en las IOT. Estos pacientes tuvieron un RTS inferior (11, 0[2, 0] vs. 12, 0[3, 0], $p < 0,0001$), IS mayor (0, 9[0, 7] vs. 0, 7 [0, 3], $p < 0,001$) y MAGAP menor (23, 0[7, 0] vs. 27, 0[8, 0], $p < 0,001$), así como una mayor necesidad de intervenciones quirúrgicas urgentes [603(42, 1%), $p < 0,001$] y mayor mortalidad [187(51, 9%), $p < 0,001$] que el resto.

Conclusiones:

Los pacientes traumatizados que el META identifica como 'alta prioridad quirúrgica' en la escena precisan frecuentemente RCP, tienen una peor situación hemodinámica y mayor gravedad en las escalas fisiológicas que el resto, sin apreciarse diferencias en el estado neurológico ni en la necesidad de IOT. Estos pacientes precisaron con más frecuencia intervención quirúrgica y tuvieron mayor mortalidad. El META puede ser un buen método de triaje en para identificar pacientes traumatizados graves y/o con necesidad valoración quirúrgica urgente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 7. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

O-376

ENFERMERÍA PREHOSPITALARIA EN EL CÓDIGO INFARTO: CUATRO AÑOS DE EXPERIENCIA

Y Ferreres Ramia, C García Jiménez, FX Jiménez Fábrega, J Barreiro López, G Roca Fontcuberta, MC Sánchez Oya

Sistema de Emergencias Médicas de Cataluña (SEM). Barcelona

Palabras Clave: infarto agudo del miocardio, atención prehospitalaria, atención de enfermería

Objetivos:

La angioplastia primaria (AP) es el tratamiento de elección en pacientes con Síndrome Coronario Agudo con Elevación persistente del ST (SCAEST). El tiempo de reperusión es determinante para la evolución del paciente. En Cataluña, el Departament de Salut implantó la Instrucción del Código Infarto (C-IAM) en abril de 2009. El SEM contempla la atención inicial de estos pacientes por Unidades de Soporte Vital Avanzado con Enfermería (USVAe)

Material o pacientes y método:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo con datos del registro informático del SEM. Se incluyeron pacientes con C-IAM atendidos y trasladados por USVAe de 2011 a 2014

Resultados:

De 5336 C-IAM en Cataluña, unos 436 fueron atendidos por USVAe, se obtuvieron datos completos de 348(79, 8%). 261 fueron hombres (76%) y 84 mujeres (24%), edad media 63, 12 (DE 14) Se actuó en domicilio 48, 85%, lugar público 26, 55% y Centros Atención Primaria 21, 55%. Presentaron complicaciones el 17, 82% pacientes (FV 6, 61%, Bloqueo AV 2, 59%, Shock cardiogénico 3, 74%, 2, 01% Asistolia, TV 1, 4%, EAP 0,9%). El tiempo ECG-H fue inferior a 90? en 319 (91, 67%). El 100% se trasladó a hospital de referencia de C-IAM, el 85, 63% se transfirió directamente a la sala de Hemodinamia. Se confirmó en hospital el C-IAM en 89, 1%, 7,2% ECG dudoso, 2, 5% no elevación ST, 1% sin datos. En el 91, 57% de los casos se confirmó diagnóstico final de Infarto Agudo de Miocardio (IAM).

Conclusiones:

La asistencia realizada por las USVAe del SEM cumple con las recomendaciones europeas de tratamiento al Código IAM. La incidencia de complicaciones se corresponde con la descrita en las guías europeas. En la mayoría de pacientes, el tiempo entre la realización de ECG y la llegada al laboratorio de AP fue inferior a los 90 minutos, cumpliendo las recomendaciones. Las USVAe obtuvieron una buena concordancia diagnóstica tanto en la confirmación del Código como en el diagnóstico final de IAM.

P-377

UNA MALA SALIDA DE TRABAJO

N Vicario Jiménez (1), P Bustamante Marcos (1), C Peña Busto (1), I Álvarez Nozal (2)

(1) Hospital Santos Reyes, (2) Centro Salud Rural Aranda de Duero. Aranda de Duero, Burgos

Palabras Clave: neumotórax, TCE-edema de cuerdas vocales

Objetivos:

NAMC Mujer de 34 años sin alergias medicamentosas ni antecedentes de interés, que es derivada por el 112 tras sufrir TCE (caerle una puerta de garage atrapando el coche). La básica la traslada al 112 sin collarín. Cuando la ven esta agitada y con otorrea izquierda. Consciente Exploración Física Descripción: Somnolienta por la medicación, cuando despierta agitada y Glasgow 13 SN: Moviliza las 4 extremidades, pupila izquierda arreactiva. CyC: otorrea izquierda ACP: no deformidad torácica, no hematoma, no crepitación a la palpación, murmullo disminuido en ápex derecho ABD: blando, depresible, no doloroso Pelvis: estable Columna: no hematoma, molestias a la palpación de l3-l5.

Material o pacientes y método:

Se le realizan pruebas de laboratorio e imágenes, donde se identifican todos los problemas. La paciente precisa de forma urgente 2 tubos de tórax con IOT. Por la clínica y resultados, la paciente se trasladó al Servicio de Cirugía Torácica del HUCV.

Resultados:

TCE grave fractura de peñasco izquierdo. Fractura de base de cráneo. Hemorragia subaracnoidea. Neumotórax a tensión derecho. Fractura vertebral L3.

Conclusiones:

Es un caso de traumatismo grave que al poco tiempo de llegar a urgencias empeora de forma severa, teniendo que identificar de forma precoz el neumotórax a tensión para tratarlo y convertirlo en neumotórax simple. Una semana después fue dada de alta desde el HCUV. Justo un mes después de este caso, acudió de nuevo a urgencias con desaturación brusca sin clara causa, que precisó IOT y traslado a UCI del HUBU. La causa resultó ser un edema de cuerdas vocales. En el momento actual la paciente está totalmente asintomática y con vida normal.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 7. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-378

VEHÍCULOS DE APOYO LOGÍSTICO PARA LA ATENCIÓN DE LAS CATÁSTROFES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA GALLEGA

M P P, J C F F, M E P G, M J M T, P S L L, B E T, D F L

Fundación Pública Urgencias Sanitarias Galicia 061.
O Burgo, A Coruña

Palabras Clave: catástrofes, apoyo logístico, atención sanitaria

Objetivos:

Tras el accidente ferroviario ocurrido en Santiago de Compostela el 25 de julio del 2013, desde la Fundación Pública Urgencias Sanitarias Galicia-061 (FPUSG-061) se han efectuado revisiones, elaborado procedimientos y organizado recursos tanto materiales como humanos.

Material o pacientes y método:

Estudio prospectivo descriptivo de los Vehículo de Apoyo Logístico (VAL) incorporados a la Red de Transporte Sanitario Urgente de Galicia (RTSUG). La comunidad gallega está dividida en 14 áreas sanitarias de transporte urgente, en las cuales y coincidiendo con la actualización y publicación del Plan de Emergencias Gallego-2016, se ha introducido un VAL corporativo. En este póster representamos las zonas geográficas de localización y la dotación del material de estos VAL.

Resultados:

El 80% de los gallegos se encuentran en una isocrona inferior a 20 minutos de las Unidades de Soporte Vital Avanzado y más del 90% a menos de 10 minutos de una Unidad de Soporte Básico. La FPUSG-061 quería, además, dotar de estos VAL a la red de transporte sanitario urgente gallego, con una localización geográfica y un personal de activación, que permitiera una isocrona de no más de 15 minutos, a cualquier zona de la geografía gallega donde pudiera acontecer una catástrofe o sus respectivos ejercicios de simulación.

Conclusiones:

Este es el primer año de constitución de estos 14 VAL, en el futuro podremos concluir estudios de eficiencia y seguridad, así como *benchmarking* con otros servicios de emergencias.

P-379

PSIQUIATRÍA DE EMERGENCIAS: EXPERIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE LA VÍA INHALATORIA EN TRATAMIENTO DE LA AGITACIÓN EN EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

R Rodríguez Calzada (1), L Delgado Alonso (2), F Martín Rodríguez (1), B Martín Pérez (3), J Abia González (1), J Martínez Bausela (1), C Ruiz Sancho (4)

(1) Gerencia de Emergencias Castilla y León. UME 1 Valladolid, (2) SVB Medicalizado. Medina de Rioseco, (3) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Río Hortega, (4) Departamento Médico Ferrer

Palabras Clave: medicina de emergencias, agitación psicomotora, administración por inhalación

Objetivos:

El uso de la vía inhalatoria es bien conocido en la Medicina de Urgencias y Emergencias. La gran superficie de absorción que ofrecen los alveolos y la rapidez de llegada a los mismos, así como la rápida distribución al órgano diana, el cerebro, hacen que sea una opción farmacológica a considerar.

Material o pacientes y método:

Se realiza una recogida de datos (CRD) en la que se incluyen la Escala PEC, basal, a los 5 y 10 minutos, la Impresión Clínica Global (Gravedad y Mejoría) y datos sobre el manejo de episodio. Se reclutan 4 casos clínicos.

Resultados:

La edad media de los pacientes fue de 34 años, tres fueron hombres y una mujer. Los diagnósticos fueron de Esquizofrenia en dos de los casos, un Trastorno de Personalidad y un retraso mental. En tres de ellos se realizó desescalado verbal y tratamiento con loxapina inhalado, uno de ellos precisó de la asociación de otro fármaco. La PEC media basal fue de 22, 25, a los 5 minutos del tratamiento fue de 15, 5, y a los 10 min de 14, 5. La ICG Gravedad basal fue de 4, 24, a los 5 minutos 3, 5 y a los 10 minutos de 1, 75. La ICG mejoría a los 5 minutos fue 2, 25.

Conclusiones:

La agitación psicomotriz es una alteración conductual de alta prevalencia en los servicios de emergencias sanitarios. (5-10% de las emergencias psiquiátricas). Es muy importante a la hora de tratar este problema de salud la existencia de unas pautas y entrenamiento que nos ayuden a realizar un tratamiento adecuado. En nuestra experiencia la utilización de la vía inhalada, nos abre una opción más de tratamiento no invasivo para el paciente, siempre contando con su voluntariedad, que se caracteriza por la rapidez de acción, la eficacia y la ausencia de sedación.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 7. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

O-381

ATENCIÓN PEDIÁTRICA PRIMARIA POR UN SERVICIO DE HELICÓPTERO SANITARIO (2011-2015)

V Fernández Gallego, JM Gutiérrez Rubio, MA Tur Rodríguez,
D Aylagas Martínez, M Torralba Melero, R Estévez Montes,
M Ortega Ruiz

Helicóptero Sanitario Sescam (Inaer-Gerencia de Urgencias,
Emergencias y Transporte Sanitario). Valencia

Palabras Clave: emergency medical services, pediatric assistants,
air ambulances

Objetivos:

El HEMS (Helicopter Emergency Medical Service), se integra en el Servicio de Salud de Castilla La Mancha (CLM). Está formado por 4 unidades, 2, con funcionamiento de 24 horas y otras 2 orto-ocaso.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo observacional. De 12.424 pacientes atendidos, se seleccionaron 508 informes que cumplían los criterios de edad y periodo de estudio, se seleccionaron 360, para su análisis sistemático, el resto son traslados interhospitalarios.

Resultados:

La asistencia pediátrica supone el 4,09% de la actividad HEMS. El principal lugar de atención fue el centro de salud (45%), seguido de la vía pública (19%). El tiempo medio de llegada al lugar fue de 29 minutos. Predominan los varones (60%). 42 niños (11,7%) tenían un peso menor de 10 kg. Edad media de 5 años y siete meses. La causa médica (58%) predomina frente al traumatismo (32,5%). Hubo además 25 intoxicaciones y 6 ahogamientos. El estado médico más frecuente según el Triángulo de Evaluación Pediátrico (TEP), fue ¿Estable? (53,7%) seguido por disfunción del sistema nervioso 18%. La variable con más frecuencia alterada es la apariencia (39%), seguida de la respiración y la circulación. La causa principal de traumatismo fue el accidente doméstico o casual (61 casos), seguido de accidentes de tráfico. El ítem alterado más veces del Índice de Trauma Pediátrico (ITP) (n=120) fue el de ¿heridas? en un 57,5% de los casos y ¿alteración del nivel de conciencia en un 44%. El valor medio del ITP fue de 9, con una mediana de 10 (rango -4: 12). El 88,4% de los niños se derivaron a hospital útil, principalmente con el propio helicóptero (66%). Un 8% fue dado de alta en el lugar y 14 fueron exitus (7 de origen traumático).

Conclusiones:

La patología pediátrica representa un porcentaje pequeño de la actividad HEMS. La mayoría de los niños atendidos fueron trasladados al hospital útil. Cronas de activación próximas a los 30 min de actuación, mayormente en centros de salud, pone de manifiesto la importancia del helicóptero en una comunidad con una gran dispersión.

O-382

TIPIFICACIÓN Y TEMPORALIDAD DE LOS INCIDENTES DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS

R Castro Delgado, C Naves Gómez, T Cuartas Álvarez,
P Arcos González

SAMU-Asturias. Unidad de investigación en Emergencia y Desastre.
Universidad de Oviedo

Palabras Clave: sistemas de emergencias, incidentes de múltiples víctimas, epidemiología de desastres

Objetivos:

Un Incidente de Múltiples Víctimas (IMV) es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un evento con más número de víctimas que los recursos locales pueden manejar con procedimientos de rutina. En el SAMU-Asturias, siguiendo recomendaciones del grupo de trabajo de IMV de las Comunidades del Norte de España, definimos IMV como todo evento con 4 o más víctimas.

Material o pacientes y método:

Se trata de un estudio descriptivo prospectivo. El criterio de inclusión fue todo incidente con 4 o más pacientes que requieren asistencia sanitaria por parte del SAMU-Asturias. Estos incidentes son identificados con un icono específico en la aplicación informática del SAMU-Asturias. Se recogieron variables de lugar, tiempo y tipo de incidente.

Resultados:

En 2014 ocurrieron 39 IMV en Asturias. 31 (79%) fueron accidentes de tráfico, 3 (7,5%) incendios y 5 (12,8%) otros (3 hundimientos de barco, 1 intoxicación de marihuana y 1 por picaduras de avispa). 21 (56,7%) IMV tuvieron 4 pacientes, y solo 3 (8%) tuvieron 7 o más pacientes. Los incidentes con más número de pacientes fueron los hundimientos de barco, con 12 y 8 pacientes. Julio es el mes con más IMV, con más del doble que la media mensual, aunque no se ha encontrado significación estadística en la tendencia anual de IMV. Las franjas horarias con más IMV ($p < 0,05$) es entre las 14:00 y 15:00 y las 18:00 y 20:00 horas. En cuanto al número de víctimas la media fue de 4,92 (DE=0,25), de los que el 5,2% fueron clasificados como rojos, 6,3% amarillos, 81% verdes y 6,9% como fallecidos.

Conclusiones:

La creación de bases de datos de IMV nos permite conocer su perfil y adaptar los recursos a su tipología. El hecho de que la mayoría de los pacientes sean clasificados como leves nos permite ajustar la movilización de recursos a las necesidades. Los planes de formación en IMV deberán tener en cuenta este perfil epidemiológico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 7. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-383

TRABAJO EXTRAHOSPITALARIO EN EQUIPO: OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS

**S Malvar González, I Lamas Fernández, R Ramos Gómez,
A García Hernández, A Gayangos Machado, R Cuñado Cerro,
M Azkuenaga Martín**

Ambulancias Gipuzkoa S. Coop. Urretxu, Gipuzkoa

Palabras Clave: urgencias médicas, ambulancias,
técnicas y procedimientos diagnósticos

Objetivos:

La ambulancia de soporte vital avanzado medicalizado (SVAm) sita en Elgoibar, Gipuzkoa, da cobertura a 21 municipios, abarcando una población estimada de 141874 habitantes. Población dispersa y zona montañosa. Área sanitariamente dotada con un SVAm, 2 Soportes Vitales Avanzados con enfermería (SVAe), 6 Soportes Vitales Básicos (SVB) y un Hospital Comarcal. Estas características hacen que el centro de comunicaciones de emergencia opte por la doble respuesta (envía dos ambulancias) ante urgencias médicas presumiblemente graves, con objeto de ganar tiempo en favor del paciente.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo de los avisos en el que el SVAm interviene junto con el SVAe/SVB desde el 1 de Mayo de 2015 hasta el 31 de diciembre de 2015. Se han revisados 525 informes en los que las unidades fueron alertadas de forma conjunta. Solo 215 han cumplido los requisitos necesarios para entrar en el estudio. Variables a estudio: Edad, sexo, localización, motivo de aviso, centro de traslado, técnicas/procedimientos diagnósticos.

Resultados:

Un importante número de urgencias médicas asistidas por un SVAm son derivadas posteriormente a SVAe/SVB. Emergencias que telefónicamente parecen ser vitales, se comprueba que realmente no lo son, y se pueden trasladar adaptando emergencia a ambulancia adecuada. En otras, la situación inicial del paciente es inestable (hipoglucemia, convulsión, síncope...), pero tras la terapia aplicada (frecuentemente oxigenoterapia, acceso venoso, fluidoterapia, analgesia, electrocardiograma y/o administración de fármacos), el traslado es posible en un recurso no medicalizado.

Conclusiones:

Se evidencia que el centro de comunicaciones de emergencia no siempre se logra valorar la gravedad de una urgencia médica vía telefónica. La activación de una doble respuesta aporta calidad a la asistencia extrahospitalaria: se consigue una valoración médica a cabecera de paciente, la prestación de maniobras de SVA y estabilización del paciente, tras ello, adoptar la ambulancia adecuada al paciente para el traslado al centro útil, quedando así el SVAm disponible en la zona, tras realizar la estabilización del paciente.

P-384

VALORACIÓN PREHOSPITALARIA DEL CÓDIGO PPT A LAS COMARCAS DEL EBRO

**J Adell Urraca (1), M Alcoverro Faneca (2), M Vigo Quinos (2),
I Branchat Martínez (3), C Mendoza Flores (1), R Pozo Rengel (4)**

*(1) Hospital Verge de La Cinta, (2) SEM/H4, (3) SEM Roquetes,
(4) Hospital Joan 23. Tortosa, Tarragona*

Palabras Clave: código PPT, USVA, Glasgow

Objetivos:

La gravedad del paciente politraumático se valora a través de Escalas de valoración y registro de constantes en el informe del SEM. Valoramos el recurso de llegada al servicio de urgencias y prioridad del paciente.

Material o pacientes y método:

Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo comparativo del 2013-2015. Utilizamos el Registro Traumacat, donde están los datos sobre los pacientes traumáticos atendidos en el HTVC. Valoramos: Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardíaca (FC), Tensión Arterial Sistólica (TAS), Escala de Glasgow (GLS), Temperatura (T°), Revised Trauma Score (RTS), Pupilas, Prioridades activación, Tipo de transporte.

Resultados:

Se ha registrado 872 casos, el 2015 : 87, 4%. RTS de 12, la máxima un 82, 35% el 2014. En cuanto a la Valoración de la Escala de Glasgow, un 87% Glasgow era de 15. La valoración de pupilas destaca el 2013: 91% es normal. Una vez analizados y comparados los datos recogidos, el 2013 (161 casos) el 93,75% de traslados llegan en SVB y un 6, 25% en SVA, el 2014 (331 casos) 91,17% llegan en SVB un 8,82% en SVA, el 2015 (381 casos) 95,23% llegan en SVB, un 4,76% en SVA. Relacionado con las prioridades, el 2015, destaca un 51,35% prioridad 2.

Conclusiones:

Mejora considerable en la recogida de casos y registro de constantes el 2015. Indica una buena línea de futuro en el registro del Código PPT No hay diferencias significativas con los resultados de las Escalas de Valoración en los diferentes años. En la Prioridad 2, buena relación de los casos con el tipo transporte que llega el paciente al Servicio de Urgencias. Las USVA recogen un mayor nombre de constantes que las USVB, aunque en el ámbito hospitalario recogen un mayor nombre de constantes en los casos que se activan ellos mismos. La recogida de los datos por parte de las USVB y USVA ha aumentado conjuntamente en el tiempo.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 7. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

O-385

ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD PREDICTIVA DEL MÉTODO EXTRAHOSPITALARIO DE TRIAJE AVANZADO (META) RESPECTO AL RESTO DE ESCALAS DE GRAVEDAD PARA LA NECESARIA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA URGENTE EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS

R Romero Pareja (1), D Sanz Rosa (2), IJ Thuissard Vasallo (3), P Arcos González (4), R Castro Delgado (4), F Turégano Fuentes (4)

(1) Hospital Universitario Getafe, (2) Departamento Clínico, Facultad de Ciencias Biomédicas Universidad Europea, Madrid, (3) Departamento de Farmacia y Biotecnología, Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Europea, Madrid. (4) Unidad de Investigación. Madrid

Palabras Clave: triaje, trauma, escalas, gravedad

Objetivos:

En un paciente traumatizado la evaluación de la necesidad de intervención quirúrgica en la escena por parte del Sistema de Emergencia Prehospitalario (SEM) es primordial. El Método Extrahospitalario de Triage Avanzado (META) nace con el objetivo de identificar a estos pacientes y priorizar su traslado a un centro útil. A día de hoy, aún no existe una validación de dicho método.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional retrospectivo a partir del Registro de Trauma Grave del Hospital Universitario Gregorio Marañón llevado a cabo entre junio/1993 y diciembre/2011. Se analizaron los comportamientos de las escalas de predicción de gravedad en trauma validadas internacionalmente (RTS, MGAP, GCS e índice Shock [IS]) mediante el cálculo del área bajo la curva ROC (AUC-ROC) para la variable de resultado 'intervención quirúrgica urgente'. A partir de dichos cálculos, y teniendo en cuenta de corte óptimo de cada escala, se compararon con los criterios que propone el META para el paciente RQM.

Resultados:

Se incluyeron 1973 pacientes, 727 cumplían los criterios RQM, tenían una mediana de edad de 34[19] años, con un predominio de varones (82, 6%, $p < 0,001$). El mejor resultado para la predicción de intervención quirúrgica fue para el IS, con un AUC-ROC = 0,63 (IC95% 0,58-0,67), seguido del GCS (AUC-ROC = 0,53, IC95% 0,48-0,57), RTS (AUC-ROC = 0,52, IC95% 0,47-0,57) y MGAP (AUC-ROC = 0,51, IC95% 0,46-0,56). El punto de corte óptimo para el IS fue de 0,75 (sensibilidad = 58, 32% [55, 71-60, 92] y especificidad = 57, 08% [52, 66-61, 51]), que mostró diferencias significativas respecto a las calculadas para el RQM, con una sensibilidad del 42, 11% [39, 54-44, 66] y una especificidad del 73, 83% [70, 02-77, 63] ($p < 0,001$).

Conclusiones:

El META se postula como un método con alta especificidad para la valoración de pacientes traumatizados que precisen algún tipo de intervención quirúrgica urgente, sin embargo la sensibilidad no superó la observada para $IS > 0,75$. Los pacientes que cumplan los criterios propuestos por el META para una valoración quirúrgica urgente deberían priorizarse frente al resto a la hora del traslado a un centro útil, así como minimizar las intervenciones que puedan prolongar el tiempo en la escena.

P-386

ÉXITOS SIN ASISTENCIA, PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

A Sanjuán Linares, MI Casado Flórez, RM Suárez Bustamante, E Corral Torres, MJ García-Ochoa Blanco

SAMUR. Ayuntamiento de Madrid. Majadahonda, Madrid

Palabras Clave: out of hospital, cardiac arrest, emergency medical services, heart arrest

Objetivos:

Las recomendaciones para no realizar Reanimación Cardiopulmonar aparecen en las guías publicadas, siendo de importancia para el medio extrahospitalario y evitar la distansia

Material o pacientes y método:

Observacional descriptivo. Población: cohorte de 251 pacientes con Parada Cardiorrespiratoria (PCR) Extrahospitalaria de causa médica y traumática durante el año 2015 donde no se iniciaron maniobras de reanimación por soporte vital avanzado. Variables Epidemiológicas (edad, sexo), Explicativas (lugar de atención, motivo demanda, razón de no indicación, causas). Análisis estadístico: se valoran variables cuantitativas descritas con medidas centrales y de dispersión, cualitativas mediante frecuencias. SPSS versión 17

Resultados:

Se incluyen 251 pacientes por PCR extrahospitalaria no reanimada. Mediana de edad de 64 años (IQR 48-79). El 64, 9% son hombres (163). Respecto al tipo de parada, las de origen médico suponen el 68, 9% siendo el domicilio el lugar de atención con necesidad de actuación de Bomberos para apertura de puerta (125). Lunes y Martes de Enero y Julio son los días teniendo un porcentaje acumulado del 33, 9 de los casos. En relación con la parada traumática el intento consumado autolítico, es el tipo de suceso más frecuente con 50 casos (19, 9% del total) la mayoría precipitados. El grupo agresiones-accidentes supone menos del 10% del total.

Conclusiones:

La mayoría de los pacientes no reanimados se producen en el ámbito domiciliario y en la soledad por lo que es una mala noticia para nuestra sociedad, donde se debe implementar la atención para disminuir estas situaciones. Se debe evitar la distansia, pero no es mala noticia que de nuestra serie menos de un 10% fuera por causas de accidentes y agresiones.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 7. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

O-387

TAS & LT, 100 MMHG EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO ¿PODEMOS PREDECIR UN MAL PRONÓSTICO DESDE EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO?

MI Casado Florez, E Corral Torres, RM Suárez Bustamante,
MJ García-Ochoa Blanco, A Sanjuan Linares

SAMUR-Protección Civil. Boadilla del Monte, Madrid

Palabras Clave: sistema médico de emergencia, hipotensión, mortalidad

Objetivos:

Poco se conoce de la prevalencia de la hipotensión arterial en el medio extrahospitalario y de su asociación con la mortalidad hospitalaria. Además, algunos estudios actuales abogan por un umbral más alto de TAS que el tradicional (TAS <90 mmHg), para definir hipotensión y shock no traumático basándose en mortalidad hospitalaria observada con cifras de TAS <100 mmHg como nuevo límite.

Material o pacientes y método:

Análisis observacional de cohortes retrospectivas. Población: Pacientes hipotensos >18 años de causa médica (2010 a 2015). Criterios exclusión: PCR, traumatológicos, quemados, TAS iniciales >100mmHg. Variables. Epidemiológicas (edad, sexo, mecanismo lesional), Clínicas (Glasgow, TAS inicial y final, FC, Glucemia, EB, pH, cambios hemodinámicos: sin cambios, mejora, empeora tensiones, fluidos) y variable resultado: mortalidad hospitalaria 6, 24h y 7 días. Análisis estadístico: Frecuencias, medidas centrales y dispersión. Pruebas de normalidad. Chi cuadrado (proporciones), U de Mann-Whitney (medias). Pruebas no paramétricas Kruskal-Wallis. Intervalos de confianza 95% p<0, 05 SPSS v17.

Resultados:

933 pacientes. Mortalidad hospitalaria 6, 24h y 7d: 4, 6%, 6, 6% y 9, 6%. Prevalencia: 7, 46/1000 casos. Dos grupos: 1) TAS inicial < 90 mmHg (788, 84, 5%) y 2) TAS < 100 mmHg (145, 15, 5%). Semejantes en edad (60, 72 SD: 17, 53), sexo (hombres 73, 20%), FC (84, 89 SD: 41, 37), FR y mecanismo lesional. Diferencias en TAS final, fluidos administrados, glucemia, EB y pH (p > 0, 005). No existen diferencias en mortalidad a 6 h (p = 0, 174) pero si a 24 h y 7 días (p < 0, 05) entre grupos. Existe asociación entre cambios hemodinámicos con mejora y supervivencia a 6, 24 h y 7 días en grupo TAS < 90 mmHg (p < 0, 000). Con TAS < 100 mmHg hay tendencia sin significación.

Conclusiones:

La prevalencia de hipotensión arterial en este estudio es de 7, 46/1000 casos (19, 5/1000 en estudios) con una mortalidad hospitalaria de 9, 6% a los 7 días (33 a 52% en estudios) probablemente por el ámbito de vía pública y tiempos cortos de respuesta tras inicio de síntomas. La mortalidad con TASi < 100 mmHg es semejante a las 6 h con respecto al grupo TASi<90mmHg, por lo que debe plantearse este nuevo límite como predictor.

P-388

RCP MANUAL VS LUCAS2. EXTRAHOSPITALARIA, ¿LO USAMOS O ESPERAMOS?

O A P, A P M, N A L, M P P, M H G, J O F

SE. Alfarrás, Lleida

Palabras Clave: RCP, extrahospitalaria, Lucas2

Objetivos:

La Reanimación Cardiopulmonar (R.C.P) extrahospitalaria constituye un reto en nuestro trabajo. Cuando una Unidad de Soporte Vital Avanzado (SVA) es activada para esta situación, todos, personal sanitario y paciente, emprendemos un viaje. Podemos elegir viajar como hasta ahora o mejorando condiciones. Los 2 pilares en la R. C. P son: Desfibrilar, si el ritmo lo permite, e iniciar las compresiones torácicas cuanto antes y de gran calidad. Disponemos en nuestras unidades de un cardiocompresor mecánico, el LUCAS-2. Las guías 2015 de la European Resuscitation Council (E.R.C), no recomiendan el uso rutinario del mismo, sino en casos seleccionados y dentro de un programa monitorizado y estructurado. Así no encontramos ante el dilema entre garantizar unas compresiones de alta calidad, eliminando el stress, la fatiga, con la ventaja de liberar un reanimador (muy importante en unidades avanzadas que disponen solo de 2 integrantes) para administrar S. V. A, y la recomendación de no usarlo hasta estar dentro de dicho programa. Surge así nuestro debate: seguimos las recomendaciones de R.C.P Manual y esperamos a ser parte de un programa estructurado o comenzamos a usar lo que nos garantiza unas compresiones de gran calidad? En grandes estudios no se encontraron evidencias en la mejora de la supervivencia a los 30 días con el uso del Cardiocompresor vs RCP Manual. Si llegamos al mismo destino, viajamos en Turista o elegimos Business?

Material o pacientes y método:

Revisión Bibliográfica de Publicaciones Científicas, Recomendaciones E. R. C 2015, Estudios comparativos LUCAS-2 vs Compresiones Manuales, Opiniones de Profesionales de Emergencias Extrahospitalarias.

Resultados:

Luego de la revisión realizada y las características de nuestra práctica diaria, no podemos más que plantear una continuidad en la discusión de la pregunta inicial, basándonos solo en la técnica.

Conclusiones:

Dependiendo del equipo asistencial actuante y en casos seleccionados, creemos necesario valorar la posibilidad de asegurarnos administrar compresiones de alta calidad, tal y como recomienda también la ERC, usando el LUCAS-2, antes de estar dentro de un grupo monitorizado.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 7. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-389

SOPORTE VITAL AVANZADO ENFERMERO SVAE: UNA REALIDAD CRECIENTE EN ESPAÑA

JBL Barreiro López (1), M Jiménez-Herrera (2), E León Castela (3),
MA García Garrido (4), E Argudo Serra (5), I Enjo Pérez (5),
J Fernández Álvarez (6)

(1) SEM Barcelona, (2) Universitat Rovira i Virgili, (3) Universitat de
Barcelona, (4) ForSanit, (5) Hospital Universitario Germans Trias i
Pujol, (6) Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona

Palabras Clave: enfermería, atención prehospitalaria, unidades
móviles de emergencia

Objetivos:

Introducción: El personal de las ambulancias es variable, según su
capacidad de resolución existen Unidades de Soporte Vital Básico y
de Soporte Vital Avanzado USVA. Estas se dividen en SVA enfermero
SVAe, SVA medicalizado SVAm y VIR Vehículo de Intervención Rápida.
El modelo USVAe existe en muchos países europeos como Portugal,
Francia, Holanda o Suecia. En España está viviendo una expansión.

Material o pacientes y método:

Metodología: Estudio observacional descriptivo retrospectivo (2010-
2015). USVA de los 5 SEM que disponían en 2015 de SVAe. 164 en
2010 y 183 en 2015. Se recogieron las variables de las memorias
institucionales y se contacto con los diferentes SEM.

Resultados:

Resultados: El Ratio SVAe: SVAm 2015 tiene un rango desde 1: 1
Osakidetza hasta 1: 6, 5 SESCAM con una media de 1 SVAe por
cada 3, 2 SVAm. El crecimiento de 2010 a 2015 respecto al total de
USVA: SVAe 5%, SVAm -13, 5%, VIR +9%. Crecimiento es ese periodo
respecto a total de cada tipo de unidad: SVAe 33%, SVAm -9%, VIR
533%. Evolución histórica de las SVAe desde la inicio del modelo han
crecido desde un 140% Osakidetza hasta un 1250% en el SEM, con
una media del 360%. 3 de los 5 SEM han incorporado estas USVAe
entre el 1998 y el 2008.

Conclusiones:

La incorporación de SVAe dentro de las USVA de los SEM en España
ha experimentado un crecimiento en número de unidades, en pro-
porción respecto a las USVAm y en comunidades con este modelo.
Esto supone un reto para la profesión enfermera que deberá adaptar
la legislación y la formación para dar respuesta a esta demanda de
especialización en enfermería prehospitalaria.

P-390

¿ES POSIBLE LA DESCONTAMINACIÓN MASIVA DE AFECTADOS EN UN INCIDENTE NRBQ? ANÁLISIS EN LAS EXPERIENCIAS DE DESCONTAMINACIÓN MASIVA

JJ Giménez Mediavilla, D González Rodríguez, MC Castillo Ruiz de
Apodaca, MA Tejedor Castillo, A González Municio, F Prados Roa
SAMUR- Protección Civil. Madrid

Palabras Clave: CBRN, pacientes, afectados

Objetivos:

Uno de los grandes problemas de los incidentes NRBQ, es la descon-
taminación de pacientes en masa. Para muchos servicios de emergen-
cia, es una tarea imposible. Nuestra pregunta es ¿podemos calcular
nuestra capacidad?, y ¿cuáles son los factores determinantes? Para
poder llegar a conclusiones, realizaremos un análisis de los simulacros
de descontaminación masiva, así como de las intervenciones reales
realizadas por nuestro servicio.

Material o pacientes y método:

Partimos de unos datos, basados en nuestra experiencia acumulada
de ejercicios previos: Una línea de descontaminación de afectados
válidos (que pueden andar) en tres fases (desvestido / neutralizado y
arrastres y dilución / secado vestido), consigue un rendimiento de 30
a 45 afectados/hora. Una línea de descontaminación de afectados
no válidos (en camilla) en tres fases, consigue un rendimiento de 20
a 25 afectados/hora. Para cada fase de la descontaminación, nece-
sitamos 1 interviniente para los válidos y 2 para los no válidos (3 por
línea de válidos, y 6 por línea de no válidos). Realizamos un simulacro
de descontaminación de 100 pacientes y analizamos los datos para
comparar con el planteamiento inicial.

Resultados:

Participan 49 especialistas NRBQ montando 5 líneas para válidos y
2 para no válidos. Se descontaminan 100 pacientes en 59 minutos
desde la entrada de los equipos: 33 no válidos y 77 válidos. Durante
el simulacro, se deben cambiar de 2 a 4 líneas para no válidos. Se
utilizan 25 litros de agua por afectado.

Conclusiones:

Los factores determinantes son: las estructuras necesarias, el número de
especialistas y el tiempo real de descontaminación. Un mismo equipo
de especialistas puede atender dos líneas de válidos. La posibilidad de
utilizar la misma línea para válidos y no válidos, alternativamente, nos
facilita una mejor respuesta. Podemos calcular nuestra capacidad de
descontaminación masiva basándose en estos datos de rendimiento.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 7. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-391

INCORPORACIÓN DEL LUCAS 2 EN UN SOPORTE VITAL AVANZADO

I Lamas Fernández, S Malvar González, R Ramos Gómez,
A García Hernández, A Gayangos Machado, R Cuñado Cerro

Ambulancias Gipuzkoa. Elgoibar, Gipuzkoa

Palabras Clave: ambulancia, masaje cardíaco, resucitación cardiopulmonar

Objetivos:

Tras la experiencia piloto del Programa de Traslado en Asistolia en una ambulancia de Soporte Vital Avanzado (SVA) de nuestro servicio, se ha dotado a nuevos SVAs de un cardiocompresor torácico externo (Lucas 2). A partir de octubre de 2015, hemos empezado a utilizarlo en los traslados en asistolia y en la resucitación cardiopulmonar (RCP). Somos una ambulancia de SVA situada en Elgoibar, Gipuzkoa. Tenemos una zona de cobertura amplia, una población de 141874 habitantes y un hospital terciario en Donostia, a unos 50 kms de distancia. La importancia del masaje cardíaco de alta calidad, ya descrito en las recomendaciones 2010, y la sugerencia del uso de cardiocompresores se refleja en las Recomendaciones 2015. Así, se optimiza la RCP Avanzada (RCPA) con el objetivo de aumentar la supervivencia de los pacientes que sufren un paro cardíaco.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional descriptivo prospectivo del uso del Lucas 2 en nuestro SVA en las RCPA desde octubre de 2015 hasta febrero de 2016. Además, añadimos la experiencia de nuestro proceso formativo para el empleo con garantías de seguridad y eficiencia.

Resultados:

A pesar de la formación recibida en el empleo del cardiocompresor, su incorporación en la RCPA creaba incertidumbre y dudas sobre sus ventajas, evidentes en las mejoras de las cifras de EtCO₂, pero que se invierten hasta conseguir una rápida colocación. Al mismo nivel, los Traslados de los pacientes en asistolia, hacen ser exquisitos en la movilización de los pacientes con el compresor funcionando.

Conclusiones:

Toda nueva incorporación al Protocolo de la RCPA requiere un proceso de formación y adaptación para ser asimilado por el equipo. Solo así, será valorado como una ventaja y enriquecerá nuestro trabajo de resucitación. Es pronto para hablar de mejoras en los porcentajes de supervivencia, pero es evidente que con el uso e integración adecuada, se gana en eficiencia.

P-392

MANEJO DEL PACIENTE EN COMA SECUNDARIA A HERIDA DE ARMA DE FUEGO, EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO

M Martínez Morentín (1), X Vázquez Albisu (2),
D. Veliz Hernández (1), U. Arancegui (1)

(1) Emergentziak Gipuzkoa, (2) Hospital Bidasoa. Donostia, Gipuzkoa

Palabras Clave: muerte encefálica, heridas por arma de fuego, obtención de tejidos y órganos

Objetivos:

Presentamos un paciente de 36 años, valorado por SVA por herida por arma de fuego en la cabeza, con orificio de entrada en región parietal derecha y orificio de salida en región parietal izquierda con hemorragia activa y restos de masa encefálica en la almohada.

Material o pacientes y método:

Varón de 36 años sin antecedentes médicos ni psiquiátricos de interés, que a parecer se dispara a si mismo con arma de fuego, entrando en coma profundo que terminó en muerte encefálica. Paciente con respiración espontánea de Cheyne-Stokes, hemodinámicamente estable, TA 126/60, FC 71 lpm y SpO₂ 98%. EKG: Ritmo sinusal normal a 70 lpm. Glasgow 4/15 (2+1+1) Diagnóstico: Coma de grado IV en relación a herida por arma de fuego. Procedemos a la estabilización hemodinámica e IOT, siguiendo secuencia rápida de intubación: atropina ½ ampolla, 3 mg de midazolam, succinilcolina y fentanilo. TAC craneal: se visualizan orificios de entrada y salida. Hematoma lineal que sigue el trayecto de bala desde región silvio-frontal derecho, atraviesa VL y se continua con menor componente hemático hasta su salida por hueso parietal izq. Hemorragia tetraventricular que afecta a VL, 3V y 4V. HSA en cisura de silvio. Llamativo edema cerebral difuso con borramiento de todos los surcos ventriculares, obliteración de todas las cisternas perimesencefálicas, periprotuberanciales y perimedulares. Rotura del techo de la órbita bilateral en su tercio medio-distal con herniación de tejido cerebral en ambas órbitas por hiperpresión. Exoftalmos secundario. Varias líneas de fractura a nivel de calota craneal bilateral. Rotura de pared de seno esfenoidal con hemoseno secundario. El EEG confirma muerte encefálica.

Resultados:

A pesar del esfuerzo de coordinación de trasplantes, la familia decidió no donar.

Conclusiones:

Cuando nos enfrentamos a un paciente en estado de coma irreversible debemos pensar que nuestra actuación no acaba ahí, ya que manteniendo la función cardiorrespiratoria podremos obtener órganos y tejidos viables, en caso de que la familia consintiera donación, para mejorar e incluso salvar la vida de un posible receptor.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 7. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-393

EL PROCESO ASISTENCIAL DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN LOS CENTROS DE COORDINACIÓN DEL 061 ANDALUCÍA

RM Pérez Calero (1), J Borja Padilla (1), JM Villadiego Sánchez (1), F Aranda Aguilar (1), E Flores Rico (1), AB Ortiz Regalado (2)

(1) EPES 061 (Empresa Pública de Emergencias Sanitarias) Andalucía, (2) Médico de Familia Distrito Sanitario Sevilla-Norte

Palabras Clave: paro cardíaco extrahospitalario, supervivencia, servicios médicos de urgencia

Objetivos:

Supervivencia del PCR en 061 Andalucía.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Población de estudio: asistencias realizadas por los EE en pacientes > 18 años, incluidos en el proceso PCR en 2014. Fuente de datos: el sistema informático de gestión de emergencias SIEPES y la aplicación de Evaluación de la Historia Clínica. Se analizan las siguientes variables: Género y edad del paciente. Distribución por provincias y resolución de la asistencia (supervivencia *in situ*).

Resultados:

Durante 2014 los EE han atendido 49.959 demandas asistenciales, 1.191 incluidas en el proceso asistencial PCR (2.38%). Un 69.16% varones de 61 años de edad y un 30.84% mujeres de 63 años. En más del 87% la causa de PCR fue no traumática. Hasta el 78% ocurrieron en domicilio, sólo en el 12% se realizaron maniobras SVB por primeros intervinientes. En un 9.41% de los casos el EE no encuentra criterios para iniciar maniobras de SVA (Código de Resolución 31) por signos de muerte biológica, por lesiones incompatibles con la vida o decisión de no reanimar (terminales, RVA, etc.). De los pacientes en los que se iniciaron maniobras avanzadas un 32.13% resultaron exitosas con traslado de los pacientes al hospital de referencia (Código de Resolución 35). Distribución por provincias: Córdoba: 6.22%. Almería: 6.5%. Huelva: 7.23%. Jaén: 8.74%. Granada: 8.82%. Cádiz: 12.61%. Málaga: 24.8%. Sevilla: 24.9%.

Conclusiones:

La PCR es un problema sanitario de primera magnitud por la escasa supervivencia y las secuelas que provoca, por lo que requiere una asistencia rápida, eficaz e integral. La activación temprana del SEM inicio precoz de maniobras de SVB por primeros intervinientes que consigan una oxigenación de emergencia hasta la llegada de los equipos de SVA y los cuidados post-resucitación constituyen los pilares de la cadena de supervivencia. Es más frecuente en los varones. Ocurre sobre todo en domicilios y aún es escaso el porcentaje que reciben maniobras de soporte previo a la llegada del EE. Sigue siendo imprescindible la difusión y enseñanza de pautas de actuación entre los primeros intervinientes. La distribución por provincias señala a Sevilla y Málaga como las provincias con más porcentaje de episodios de PCR. La supervivencia conseguida por los EE *in situ* es del 32.13%.

P-394

CARACTERÍSTICAS DE LOS TRANSPORTES INTERHOSPITALARIOS REALIZADOS POR LA AMBULANCIA MEDICALIZADA DEL CONSORCI SANITARI DE TERRASSA

D Escola Ripoll, S Millán López, A Arizmendi Demay

Consorti Sanitari de Terrassa. Terrassa, Barcelona

Palabras Clave: emergency medicine, transportation of patients, emergency medical services

Objetivos:

Desde hace algunos años las ambulancias medicalizadas de Catalunya realizan transporte interhospitalario de paciente crítico. A finales de 2015 ha habido una reestructuración en la distribución y ordenación de las diferentes unidades en Catalunya. Este estudio pretende tener una primera imagen del transporte sanitario interhospitalario previo a la reestructuración y así poder realizar comparaciones en los próximos años.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo y descriptivo de los transportes interhospitalarios realizados por la ambulancia medicalizada KM-01 durante 12 meses (noviembre 2014-octubre 2015). Se han utilizado los informes asistenciales realizados por los médicos durante los servicios. Recogida de datos epidemiológicos (edad, sexo, hospital y servicio emisor, hospital y servicio receptor), datos del transporte (duración del servicio y cálculo aproximado de kilómetros realizados) y datos clínicos (diagnóstico, fármacos utilizados, gravedad y estado hemodinámico del paciente). Los datos se han recogido entre Enero y Febrero de 2016.

Resultados:

Se realizaron un total de 278 traslados interhospitalarios con una duración y distancia media de 90 min (32-265 min) y 21 km (4-120 km). El 70% de los pacientes trasladados fueron hombres. La edad media fue de 64.3 ± 14 años. El 99.5% fueron con monitorización continua, 17.6% precisaron de VMI, 60.8% llevaban una Bomba de Infusión Continua y el 27.43% no preciso de ningún tratamiento farmacológico durante el traslado.

Conclusiones:

Se trasladan muchos más hombres que mujeres. Existe una gran variabilidad en la edad de los pacientes trasladados. La mayoría de los transportes interhospitalarios se hicieron dentro de la misma comarca entre los 4 hospitales (Consorti Sanitari de Terrassa, Hospital Universitario Mutua de Terrassa, Hospital Parc Tauli de Sabadell y Hospital General de Catalunya). El servicio que mas traslados genera es Urgencias y el que más acepta es la sala de hemodinámica. Casi todos los traslados se realizan con monitorización continua, mas de la mitad de los pacientes reciben medicación en Bomba de Perfusión Continua, una cuarta parte no precisa de tratamiento farmacológico y menos de una quinta parte se traslada con Ventilación Mecánica Invasiva.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 7. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-395

¿NOS PROTEGEMOS LO SUFICIENTE?

MSTR, JCP, OAP, SMG, JOF, MHG

SEM. Alcarrás, Lleida

Palabras Clave: riesgo laboral, extrahospitalaria, protección integral

Objetivos:

La autoprotección integral del personal sanitario es un tema complejo que compete a cada profesional por separado y en su conjunto, para la prevención de posibles riesgos laborales. Las unidades de Soporte Vital Avanzado, intermedio y vehículo de intervención rápida, requieren de un tipo de material específico, como chaquetas anticorte, cascos de intervención, chalecos de alta visibilidad, botas de seguridad, que aparte de ayudar en nuestra labor diaria, nos protegen de posibles accidentes.

Material o pacientes y método:

Encuesta abierta dirigida a médicos y enfermeros trabajadores del Sistema de Emergencias Médicas (SEM), de la provincia de Lleida. La muestra consta de 65 encuestas contestadas entre 6 bases de Soporte Vital Avanzado, Intermedio Y VIR, propios del Sistema de emergencias médicas y unidades colaboradoras.

Resultados:

De un total de 65 encuestas, se obtuvo respuesta en 62, habiendo perdido 3 casos. Entre los encuestados, el único Equipo de Protección Individual (EPI) que no se dejó de usar en ningún caso fueron los guantes de látex, aunque en 11 casos (17,7%) sólo se usaron si la actuación requería de intervención, y no en actuaciones preventivas. Tres casos (4, 8%) no usan chaleco de alta visibilidad, siendo la incomodidad el principal motivo y de los que lo usan 13 (21%), no lo hacen en actuaciones preventivas. Sólo se presentó un caso (1, 6%) que no usa botas de seguridad, siendo la incomodidad el principal motivo. El casco no es utilizado por 23 (23,1%) entrevistados, y se utiliza mayoritariamente en intervenciones. Los chalecos anticorte no son utilizados por el (61,3%) 38 casos, siendo el olvido el principal motivo. Las gafas de seguridad, no son utilizadas en (58, 1%), y los que las usan lo hacen en actuaciones de intervención.

Conclusiones:

El estudio refleja el uso mayoritario de los profesionales de algunos EPI, y la poca y escasa utilización de otros, siendo determinante si la actuación requerida es de intervención o preventiva.

P-396

EVALUACIÓN DEL PLAN DE EMERGENCIAS DEL AEROPUERTO DE SAN JAVIER. PUNTO DE VISTA SANITARIO

R Zoyo López-Navarro, J Abrisqueta García, A Madrid Peñalver, S Romero Soto, IM González Amador, D Gómez Sánchez

Gerencia Emergencias 061. Murcia

Palabras Clave: planes de emergencia, aeropuertos, evaluación

Material o pacientes y método:

Plan Emergencia. Base Aérea San Javier (Murcia) Abierta al Tráfico Civil. Comunicación ¿Elaboración Plan Emergencias en Aeropuerto San Javier? SEMES 2013. Conclusiones obtenidas de los 3 últimos ejercicios realizados en Aeropuerto San Javier (1011, 2013 y 2015). La metodología se basa en la evaluación de 5 ítems específicos. 1. Accesos de los servicios externos. 2. Comunicaciones entre estamentos. 3. Organización del Puesto de Mando Avanzado (PMA). 4. Funcionamiento de las norias de evacuación. 5. Riesgos laborales. Para su análisis se estudian las conclusiones de todos los estamentos en las tres ediciones del ejercicio en las que ha actuado 061, observando su mejora o no. La escala utilizada ha sido de tipo Likert: Inexistente / Caótico / Manifiestamente mejorable/Aceptable/Bueno/Muy bueno.

Resultados:

Accesos de los servicios sanitarios externos: 2011: Aceptable. 2013: manifiestamente mejorable. 2015: Muy bueno. Comunicaciones entre estamentos: 2011: Caótico. 2013: manifiestamente mejorable. 2015: manifiestamente mejorable. Organización del PMA: 2011: Inexistente. 2013: manifiestamente mejorable. 2015: Bueno. Funcionamiento de las norias de evacuación: 2011: Caótica. 2013: Funcionamiento de las norias de evacuación. 2015: Buena. Riesgos laborales: 2011: Inexistente. 2013: manifiestamente mejorable. 2015: Muy bueno.

Conclusiones:

Dentro de los 5 ítems analizados, se ha mejorado en el acceso de servicios externos, la organización del PMA, funcionamiento de norias de evacuación y la gestión de riesgos laborales. Las comunicaciones entre estamentos implicados, sigue siendo asignatura pendiente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 7. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-397

DISTRIBUCIÓN DE LOS DESFIBRILADORES EXTERNOS AUTOMÁTICOS (DEA) EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS

C Nieves Ureña, R Castro Delgado, P Arcos González

SAMU-Asturias. Universidad de Oviedo. Unidad de Investigación en Emergencia y Desastre. Oviedo

Palabras Clave: parada cardíaca, desfibrilador externo automático, reanimación cardiopulmonar

Objetivos:

La fibrilación ventricular es la arritmia más frecuente en el inicio de hasta un 85% de las paradas cardíacas extrahospitalarias. Su principal tratamiento es la desfibrilación temprana. En los últimos años se ha enfatizado mucho el uso de DEA por personal no sanitario, como eslabón principal de la cadena de supervivencia, siendo los programas de acceso público a la desfibrilación un pilar fundamental de las últimas recomendaciones internacionales.

Material o pacientes y método:

Se ha diseñado un estudio descriptivo y trasversal sobre los DEA de uso público registrados en la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias a fecha 1 de Enero de 2015. Una vez identificados, se elaboró una encuesta para realizar vía telefónica a las entidades con DEA en propiedad y así conocer sus características. La encuesta se realizó entre el 15 de Enero y 15 de marzo del 2015.

Resultados:

Hay 76 entidades con registro de DEA, de las que el 88% contestaron al cuestionario. El 37% son empresas y el 21% centros deportivos y de ocio. Se han localizado las características de 102 DEA de uso público. Los años con más registros de DEA fueron el 2011 y 2012 (18 y 19 registros respectivamente). El 12% de las entidades no dispone de personal oficialmente autorizado al uso del DEA durante todo el horario de funcionamiento de la entidad. El 34% de la entidades han realizado algún tipo de ejercicio práctico de uso. De las 9 entidades que han registrado los 20 usos comunicados, sólo un 33% refiere haberlo notificado a las autoridades competentes.

Conclusiones:

La implantación de DEAs de uso público en el Principado de Asturias ha ido en aumento en los últimos años, aunque con una distribución muy heterogénea entre áreas sanitaria. Existe una infranotificación en el uso de DEAs de uso público a las autoridades competentes.

P-398

SÍNDROME DEL ARNÉS: ESE GRAN DESCONOCIDO

O Alonso Maté (1), C Marcos Castro (2), B García Guerrero (3), V Priego Martínez (4)

(1) Centro de Salud Soncillo. Zbs. Valdebezana (Burgos), (2) Base Hems. Burgos, (3) Fraterprevención. Burgos, (4) UME Burgos

Palabras Clave: suspensión, trauma, arnés

Objetivos:

El Síndrome del Arnés o trauma por suspensión es una patología poco frecuente pero extremadamente grave que ocasiona con frecuencia el fallecimiento de quien la sufre, generalmente usuarios de un arnés tanto en actividades laborales como deportivas. Puede aparecer a los tres minutos de la suspensión y la muerte puede suceder en solo diez minutos de la suspensión o tras el rescate de la víctima. La suspensión tras una caída hace que el arnés presione las venas femorales de forma que se disminuye el retorno venoso al corazón, las arterias femorales trabajan a mayor presión y no se colapsan, siguen mandando sangre a los MMII, la inmovilidad unida a la suspensión, impiden la contracción muscular de las piernas, por lo que la circulación de retorno venoso al corazón se verá seriamente comprometida siendo menor y por lo tanto se instaurara un shock hipovolémico por redistribución al generarse un tercer espacio en MMII. También debemos considerar la compresión en tórax generada por las correas del arnés que impedirá una correcta reexpansión torácica y una adecuada ventilación. Se origina por tanto un cuadro de hipotensión, hipoxia, palidez, mareos, frialdad, disminución del gasto cardíaco e hipoperfusión cerebral.

Material o pacientes y método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica, sobre el abordaje inicial y posteriores medidas de SVA en los pacientes sospechosos de sufrir un síndrome del arnés.

Resultados:

Enfoque actualizado del tratamiento prehospitalario, controversia entre colocar en posición semisentada o posición supina al paciente inmediatamente después del rescate. Medidas de SVA según ILCOR 2015.

Conclusiones:

La generalización del uso del arnés a nivel laboral como deportivo, va hacer que esta patología pueda ir en aumento, el conocimiento de esta patología y su tratamiento precoz y actualizado por los profesionales que pueden asistir a las víctimas de un posible síndrome del arnés puede resultar de gran utilidad para un enfoque adecuado de la asistencia prehospitalaria a estos pacientes.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 7. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-399

MOVILIZACIÓN DE RECURSOS EN INCIDENTES DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS

C Naves Gómez, R Castro Delgado, S Vinagrero Ávila,
RB Quintana Fernández, P Arcos González

SAMU-Asturias. Unidad de Investigación en Emergencia y Desastre.
Universidad de Oviedo

Palabras Clave: sistemas de emergencias, incidentes de múltiples víctimas, epidemiología de desastres

Objetivos:

La respuesta a IMV ha sido escasamente estudiada desde el punto de vista científico. Desde el año 2014 funciona un registro centralizado de incidentes de múltiples víctimas diseñado por el grupo de trabajo de IMV de las Comunidades del Norte en colaboración con la Universidad de Oviedo.

Material o pacientes y método:

Se trata de un estudio descriptivo prospectivo. El criterio de inclusión fue todo incidente con 4 o más pacientes que requieren asistencia sanitaria por parte del SAMU-Asturias. Estos incidentes son identificados con un icono específico en la aplicación informática del SAMU-Asturias. Se recogieron variables de número de pacientes, gravedad y tipo de recurso.

Resultados:

En el año 2014 ocurrieron en Asturias 39 IMV, con tiempo medio de duración del incidente fue de 53 minutos (DE=21). Se movilizaron ambulancias tipo C en el 53, 84% de los casos, tipo B en el 100% y en el 28, 20 % se movilizó al EAP más próximo. El tiempo medio de llegada al lugar de la primera unidad de soporte vital avanzado fue de 13 minutos y 18 segundos (DE=11), y de 17 minutos y 40 segundos (DE=7 minutos) en el caso de las unidades de soporte vital básico. Hubo una media de 4,82 (DE=0, 25) pacientes por incidente. El 81% fueron clasificados como verdes, 6, 3% amarillos, 5, 2% rojos y 6, 9% como fallecidos. En todos los casos participaron las FOP, los Bomberos en el 30,7% y otras entidades como voluntarios de protección civil o salvamento marítimo en el 12,8% de los incidentes.

Conclusiones:

La investigación en IMV es fundamental para poder analizar la gestión y la respuesta que estamos dando los Servicios de Emergencias a los mismos y poder así detectar oportunidades de mejora. La participación de distintos equipos de intervención debe tenerse en cuenta a la hora de planificar la respuesta.

P-400

¿REALIZAMOS LESIONES DURANTE LA PRÁCTICA DE LAS COMPRESIONES TORÁCICAS DE LA RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR?

D González Rodríguez, G Cámara Rojo, MC Castillo Ruiz de Apodaca,
JJ Giménez Mediavilla, R Tofiño Pajares, MI Casado Florez,
F Prados Roa

SAMUR Protección Civil Ciudad de Madrid. Madrid

Palabras Clave: fracturas de las costillas, resucitación cardiopulmonar, enfermedad iatrogénica

Objetivos:

Las guías internacionales indican la posibilidad de producir fracturas costales durante la resucitación cardiopulmonar (RCP). Esta iatrogenia puede hacer dudar al sanitario y al reanimador lego sobre la adecuada realización de la RCP. El método ¿gold standard? para la valoración de las lesiones (ya sean fracturas costales u otro tipo) es la autopsia.

Material o pacientes y método:

Se realiza el estudio en dos fases: 1. Revisión bibliográfica de artículos entre 2010 a 2015, sobre lesiones por masaje cardíaco según las recomendaciones 2010 y 2015, con los términos MeSH, fracturas costales AND resucitación cardiopulmonar AND iatrogenia. 2. Estudio descriptivo observacional prospectivo (Enero-Junio 2016), con recogida de datos sobre lesiones óseas en autopsias. Criterios de inclusión: RCP extrahospitalaria > 20 minutos. Criterios exclusión: pediátricos y PCR traumáticas.

Resultados:

Revisión bibliográfica (24 artículos) con las siguientes lesiones secundarias a RCP: Fracturas costales (hasta 97%), esternales (hasta 43%), lesiones de órganos intratorácicos (hasta 4%) e intraabdominales (hasta 3%). Estudio descriptivo, 20 casos, con estas lesiones: Costales (60%). Cara anterior de parrilla costal (paraesternal o medioclavicular) o anterolaterales (menos frecuentes), lineales o transversales. En costillas consecutivas normalmente bilaterales o de predominio izquierdo, entre la primera y octava (sobre todo entre tercera y quinta). Esternales (20%). En tercio medio (segunda y quinta costilla), especialmente en tercer espacio intercostal. Vísceras torácicas (6, 66%). Normalmente asociados a fracturas costales y esternales. Roturas pleurales, contusiones, perforaciones pulmonares, con sus respectivas lesiones. Vísceras abdominales (6, 66%). Afectan a múltiples estructuras sobre todo laceraciones hepáticas del lóbulo derecho y esplénicas.

Conclusiones:

Las compresiones torácicas, aunque se realicen con la técnica adecuada, suelen provocar lesiones costales y esternales, incluso dañar órganos torácicos y abdominales que agravan la situación crítica del paciente en PCR. Es importante ser conscientes de ello, para intentar evitarlas y, en caso que ocurran, poder realizar diagnóstico precoz y tratamiento. Los datos obtenidos en el estudio son coincidentes con los obtenidos en revisiones bibliográficas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 7. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-401

CÓDIGO ICTUS

N López Cabeza, J Ibáñez Frías

Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León. Valladolid

Palabras Clave: ictus, precoz, coordinación

Objetivos:

Las enfermedades cerebrovasculares o ictus suponen un importante problema de salud debido a su elevada prevalencia, a la discapacidad y alteración de la calidad de vida que genera. Son la tercera causa de muerte más frecuente en los países desarrollados, por detrás de la enfermedad coronaria y el cáncer y la segunda causa de demencia. La atención urgente de los pacientes que han sufrido un ictus y la aparición de nuevas terapias han conseguido un importante descenso en la morbi-mortalidad. Se ha producido un cambio en la actitud sanitaria frente al ictus, que ha llevado a que sea considerado como una de las urgencias médicas mas importantes, junto con la cardiopatía isquémica.

Material o pacientes y método:

La Comunidad de Castilla y León tiene una población de 2. 500. 000 de habitantes, con una densidad de población de 26, 74 habitantes/km². En 2015, se atendieron 80 casos de CI, se describen las características demográficas, las características y tiempos de traslado al hospital receptor.

Resultados:

El código ictus tiene como objetivo principal conseguir un acceso rápido de la persona que sufre un ictus al medio hospitalario para realizar el tratamiento adecuado y realizar las medidas diagnósticas y terapéuticas pertinentes lo antes posible. En este proceso, la correcta anamnesis y diagnóstico por Emergencias Sanitarias, junto con el traslado con el recurso mas adecuado y la coordinación por el CCU, aparecen como esenciales.

Conclusiones:

Incidir en la importancia de disminuir el tiempo desde el inicio de síntomas hasta la atención hospitalaria para reducir la gravedad del ictus. Llamada precoz al CCU. Prioridad en el traslado, con registro de la hora de inicio de síntomas. Importancia del preaviso por el CCU, al hospital receptor.

P-402

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL TRAUMA GRAVE ATENDIDO POR EL SISTEMA DE EMERGENCIAS EN EL ÁREA SANITARIA III DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

T Cuartas Álvarez, R Castro Delgado, P Arcos González

SAMU-Asturias. Unidad de Investigación en Emergencia y Desastre. Universidad de Oviedo

Palabras Clave: sistema de emergencias, politraumatizado, atención extrahospitalaria

Objetivos:

La correcta atención al trauma grave se inicia en el entorno extrahospitalario por parte de los sistemas de emergencia. El tipificar las características epidemiológicas del trauma grave nos puede permitir establecer medidas de mejoras en su atención. El área sanitaria III del Principado de Asturias dispone de una unidad de soporte vital avanzado, un hospital de cabecera con 436 camas y 10 centros de salud que dan cobertura sanitaria a 152. 043 habitantes.

Material o pacientes y método:

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes atendidos por el SAMU-Asturias codificados como ¿politraumatizado? en los registros clínicos, además de todos aquellos paciente codificados como ¿parada cardiaca? cuyo origen fuese ¿presumiblemente traumático?. Se recogieron datos del año 2014.

Resultados:

Se han identificado 65 pacientes codificados como politraumatizados. La edad media fue de 46, 9 (DE=18, 5). 47 (72%) fueron hombres y 18 (28%) mujeres. 32 (49%) fueron accidentes de tráfico y 11 (17%) de accidentes casuales. Junio fue el mes con más politraumatizados atendidos (12), de los que 10 (83%) fueron por accidente de tráfico. Junio fue el mes con más politraumatizados por accidente de tráfico. Fallecieron 10 pacientes (15%) en el lugar de la escena, y ninguno falleció *in itinere*. 5 (50%) de los fallecidos lo fueron por accidente de tráfico o atropello. En 9 (90%) de los fallecidos no se iniciaron técnicas de soporte vital avanzado a criterio médico debido a la naturaleza de las lesiones. Ningún paciente intubado con trauma craneal falleció a nivel extrahospitalario.

Conclusiones:

Los accidentes de tráfico siguen siendo la principal causa de traumatismos graves en nuestro entorno, y principalmente en hombres. El hecho de que solo un paciente al que se le proporcionó soporte vital avanzado extrahospitalario hubiese fallecido refuerza la importancia de una correcta actuación *in situ*.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 7. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-403

RECUPERACIÓN DEL PULSO ESPONTÁNEO EN EL PROCEDIMIENTO DE DONACIÓN TRAS MUERTE CARDIACA

A Mateos Rodríguez (1), A Blanco Lara (2), A Villar Arias (2), E Coll Torres (3), M Padilla Martínez (3)

(1) SUMMA112, Universidad Francisco de Vitoria, (2) SUMMA112, (3) Ont. Pozuelo de Alarcón, Madrid

Palabras Clave: servicios de emergencias, trasplante, donación tras muerte cardiaca

Objetivos:

La donación tras muerte cardiaca es un proceso complejo que involucra a muchos agentes sanitarios. Los motivos de la desactivación del procedimiento una vez iniciado no han sido aun bien estudiados.

Material o pacientes y método:

Recogida de las activaciones realizadas por el SUMMA112 durante 5 años (2009-2013) en una base de datos vía web creada a tal efecto por la Organización Nacional de trasplantes. Se recogen variables de filiación, tiempos, motivo de la desactivación y órganos extraídos si finalmente se ha hecho donante real.

Resultados:

(en proceso de análisis) Se produjeron 456 activaciones en el periodo estudiado. De estos pacientes se desactivo del procedimiento en 221 casos. En 33 ocasiones el motivo de detener el procedimiento fue la recuperación de pulso. En 17 casos en el medio extrahospitalario y en 16 en el hospital una vez trasladado el potencial donante. De estos 16 pacientes 13 fallecieron en las primeras 24 h y 3 sobrevivieron al alta. De estos 3 pacientes 2 lo hicieron con CPC1-2 y uno con CPC3-4.

Conclusiones:

La desactivación del procedimiento por causa de recuperación de pulso es infrecuente. Además, la mayoría de pacientes que recuperaron el pulso fallecieron en las primeras 24 h.

P-404

SUPERVIVENCIA DE LAS PARADAS CARDIACAS EN ADULTOS EN ESPAÑA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

I Morales Cané, MR Valverde León, MA Rodríguez Borrego

Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)/Universidad de Córdoba. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Palabras Clave: parada cardiaca, supervivencia, reanimación cardiopulmonar

Objetivos:

La parada cardiorrespiratoria es considerada como un problema importante de salud pública. En España, se carecen de datos oficiales de calidad sobre la incidencia de la parada cardiaca tanto a nivel extrahospitalario como intrahospitalario e incluso los datos publicados sobre la supervivencia resultan ser limitados. Las posibilidades de sobrevivir tras una parada cardíaca son variables y dependen de múltiples factores. La desfibrilación precoz junto con un masaje cardíaco de calidad son actualmente consideradas como las variantes, independientemente de otros factores, que influyen más en el pronóstico de las paradas cardiacas.

Material o pacientes y método:

Revisión sistemática de la producción científica entre 2005 y 2015, se extrajeron datos numéricos referidos al número de reanimaciones practicadas, ritmos de inicio, pacientes con recuperación de circulación espontanea, parada cardiaca presenciada, reanimación previa al equipo de emergencias y tiempo de respuesta.

Resultados:

Se seleccionaron 13 estudios observacionales que cumplieron los estándares de calidad de los que se desprendieron proporciones de éxito en las maniobras de reanimación que oscilaron entre el 10, 87% y el 52, 50% en extrahospitalaria, y entre el 20% y el 43, 45% en intrahospitalaria.

Conclusiones:

Existe una gran variabilidad geográfica de la supervivencia extrahospitalaria debido a factores geodemográficos, si bien, en general la supervivencia a una parada cardiaca es baja.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 7. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-405

PARO CARDIACO INTRAHOSPITALARIO. ALERTAS POR URGENCIA VITAL. CARROS DE PARADA

MC Riba Castel, F Arroyo Alejos, MA Zapatería García, F Germán Armijo, O Martorell Almagu, AC Tejero Luna, O Rodríguez Gracia

Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra

Palabras Clave: parada, prevención, alerta

Objetivos:

La parada cardiaca intrahospitalaria no esperada sigue siendo un reto para toda la comunidad hospitalaria. En ella es muy importante la cadena asistencial, en la que un eslabón importante es la detección precoz de los signos de alerta, el personal formado para ello así como el mantenimiento óptimo de los carros de parada.

Material o pacientes y método:

Revisión de las historias clínicas con éxitos inesperados durante el periodo de 2014/2015 de pacientes ingresados en el hospital (excluyendo pediatría) y la Unidad de Corta Estancia de Urgencias, valorando los registros de constantes y solicitudes de asistencia. Revisión de todos los carros de parada comprobando el correcto funcionamiento de todos los dispositivos y la presencia de todo el material y fármacos establecidos.

Resultados:

Por concluir la revisión, destacan los datos de aumento de la frecuencia respiratoria y disminución de la cardiaca. Se detectan fallos en los carros revisados, fundamentalmente ausencia de material.

Conclusiones:

Es mejorable la organización y revisión de los carros de parada, la homogeneización de los mimos facilitaría el conocimiento de éstos al personal cambiante entre plantas. Destacar la importancia del registro de las constantes vitales y alertar ante cambios que pueden significar datos de alarma. El paro cardiaco no esperado siempre es una situación de estrés y más cuando acontece en servicios no habituados a estas situaciones, su posible detección y el óptimo estado del material de reanimación de los carros de paradas mejoraría la asistencia en estas situaciones.

P-406

INTEGRACIÓN DE UN CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS EN UN CENTRO DE EMERGENCIAS

ML Domínguez Pérez, R Abejón, P Fernán, A Fernández, Y Castillo, L Ávila

SUMMA 112. Madrid

Palabras Clave: emergency medical services, emergency medicine, emergency communications center

Objetivos:

El centro de emergencias 112, (el 112), es un centro multiagencia donde se recepcionan todas las llamadas que entran por esa línea y lo forman todos los dispositivos que conforman la atención ciudadana ante cualquier emergencia: policía local, policía nacional, bomberos, guardia civil, SAMUR-PC, (Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate- Protección Civil) salvo SUMMA 112, (Servicio de Urgencias Médicas de Madrid). La ciudad de Madrid, tiene en su estructura de asistencia sanitaria en emergencias/urgencias extrahospitalarias, dos sistemas muy bien diferenciados, dependientes de diferentes administraciones públicas y con competencias similares, SAMUR-PC, aporta la atención sanitaria de urgencias y emergencias en la vía y locales públicos de la ciudad de Madrid, y SUMMA 112, de la Comunidad de Madrid en su conjunto, incluida la ciudad de Madrid a excepción de su vía y local público. En la actualidad se implementa el SUMMA 112, en el 112.

Material o pacientes y método:

Registro de acontecimientos desde la idea general hasta su total implantación, de dirección y trabajadores, del CCU del SUMMA 112. Revisión bibliográfica de manuales y procedimientos de SUMMA 112.

Resultados:

Desde el día 29 de Febrero del 2016, se implanta en el 112, un CCU perteneciente a SUMMA 112, colaborando y funcionando como viene haciendo hasta ahora, manteniendo su CCU con las mismas competencias.

Conclusiones:

Disminuyen los tiempos de respuesta a la atención del ciudadano sobre patologías tiempo dependientes, mejorando aquellos incidentes que entraban por el 112 y eran asumidos por el SUMMA 112 en el CCU primario, por competencia, a través del Terminal de Atención y Seguimiento (TAS). Ya no es necesario, ante un incidente, mandar los datos y el audio, al encontrarnos físicamente en la misma sala. Disminuye el tiempo de búsqueda del recurso más cercano, pues se tiene un control de localización de los recursos desde la misma sala, independientemente de la administración competente. Integración corporativa de SUMMA 112 en el 112.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 7. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-408

INCIDENTES DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS. COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN

N López Cabeza, J Ibáñez Frías

Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León. Valladolid

Palabras Clave: incidentes con víctimas en masa, formación continua, coordinación

Objetivos:

Incidente de Múltiples Víctimas (IMV) es el que produce un elevado número de víctimas, no desborda la capacidad asistencial de esa zona, pero supone una prueba de quot, estrés-quot, para los Servicios de Emergencias Sanitarias, recursos móviles y Centro Coordinador de Urgencias (CCU) y otros Servicios Públicos, obligando a emplear procedimientos poco habituales, y con recursos inadecuados a la demanda de manera temporal. Los profesionales sanitarios, deben enfrentarse a una serie de dificultades como es el gran número de de víctimas, falta de infraestructuras, necesidad de coordinación con otras instituciones, organización de la evacuación de las víctimas.

Material o pacientes y método:

La Comunidad de Castilla y León cuenta con 2.500.000 habitantes, y una densidad de población de 26, 74 habitantes/km2. Estudio descriptivo de los IMV ocurridos en la Comunidad de Castilla y León en los últimos tres años Descripción detallada de los IMV mas importantes en la Comunidad como Tornadizos en Ávila o Pola de Gordón en León: Número de víctimas, recursos empleados, hospitales de evacuación, tiempos de asistencia. Plan de formación continua, en el abordaje de los IMV y triaje.

Resultados:

En Castilla y León se producen anualmente un considerable número de víctimas en los IMV, accidentes de tráfico, incendios, accidentes laborales. Los cursos de formación en el abordaje de IMV, tienen un grado de aceptación elevado por los profesionales de Emergencias Sanitarias.

Conclusiones:

El gran reto de los Servicios de Emergencias se presenta cuando debe hacer frente a un IMV, resolver esta situación, caracterizada por un entorno de caos. El abordaje de esta situación va dirigido a organizar el caos, priorizar la asistencia sanitaria, y efectuar la evacuación de la víctimas, intentando salvar al mayor número posible. Un reto para el CCU, con una serie de actuaciones organizativas que complementan las sanitarias. Un reto de coordinación con otros Servicios Públicos implicados en la resolución de estos incidentes Para conseguir esta tarea, se precisa que los Servicios de Emergencias cuenten con formación y entrenamiento necesarios.

P-409

REVISIÓN SOBRE DISPOSITIVOS INTRAÓSEOS EN EMERGENCIAS

C Vilchez Rodríguez (1), MJ García Fajardo (2), MJ Samaniego Ruiz (1)

(1) Cruz Roja. Granada, (2) Empresa Pública Hospital de El Poniente. Granada

Palabras Clave: intraóseo, emergencias, revisión

Objetivos:

En situaciones de emergencia, se puede producir el colapso de vasos sanguíneos dificultando la cateterización periférica. La alternativa más aceptable es el acceso intraóseo. Y dentro de los dispositivos intraóseos, en emergencias, destacan: Bone injection gun (BIG) y el taladro intraóseo (EZ-IO).

Material o pacientes y método:

Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura científica publicada en las bases de datos Pubmed y Web Of Science, en enero del 2016. La ecuación de búsqueda fue: "Big injection gun AND EZ-IO". Teniendo como criterios de inclusión, los artículos en inglés y/o español publicados los últimos 10 años y con un diseño experimental aleatorio. Y como criterios de exclusión: los que no incluían resumen, los que no informaran sobre el protocolo del procedimiento seguido, los estudios con posible existencia de conflicto de intereses y los documentos duplicados.

Resultados:

Cuatro artículos fueron seleccionados para la revisión y los resultados se catalogaron según la clasificación del centro para la medicina basada en la evidencia de Oxford. Hallándose recomendaciones favorables pero ciertas discrepancias en los documentos revisados. Por un lado, en un estudio el BIG representaba el método de más fácil acceso intraóseo y el EZ-IO presentaba mayores desventajas. Por otro lado, en otro estudio se afirmaba lo contrario, encontraron mayores tasas de éxito en EZ-IO. Y por último dos estudios reportaron que el EZ-IO tenía una mayor tasa de éxito y un menor tiempo de aplicación, pero tras el análisis las diferencias no eran significativas. Por tanto, sería necesario continuar con esta línea de investigación para determinar con exactitud cuál de los dispositivos es más apropiado para obtener el acceso intraóseo en emergencias.

Conclusiones:

Los dispositivos intraóseos, Bone injection gun o taladro intraóseo, presentan una recomendación favorable para su utilización en emergencias cuando no es posible el acceso venoso por vía periférica, siendo necesarios estudios adicionales sobre su eficiencia. Conflicto de intereses: ninguno.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 7. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-410

EXPLORANDO LOS CONOCIMIENTOS SOBRE RCP BÁSICA EN LOS CUIDADORES PRINCIPALES DE ENFERMOS

E Salvo Marco, A Mercado Pardo, MJ Pérez Durán, J Aragón
Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

Palabras Clave: RCP básica, cuidador principal, programa

Objetivos:

La resucitación cardiopulmonar básica (RCP) realizada por las población general es una parte importante de la reanimación y mejora el resultado tras la parada cardiaca producida fuera del hospital.

Material o pacientes y método:

Se realizó una encuesta a los cuidadores principales de los pacientes que habían acudido a Urgencias hospitalarias, con exclusión de los menores y el personal sanitario del hospital. Las variables medidas: la demografía, la familiaridad con BLS, etc. Los datos fueron codificados y analizados mediante el programa Excel y se realizó X2-test de Pearson para medir la asociación entre variables categóricas. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados:

Se completaron 333 encuestas. 69, 9% eran mujeres, el promedio de edad de 38 años, con estudios secundarios o alta (78%). 63, 4% identificaría un paro cardíaco y el 94, 3% conoce el número de emergencia 112. 65% sabe lo que es un desfibrilador (DEA), pero un número menor son conocedores de otra información importante. 29, 4% conoce la cadena de supervivencia y el 65% sabe lo que es un DEA y el 40% sabe que produce una descarga eléctrica. 97% de las personas con conocimiento sobre RCP básica sabe cómo realizar la reanimación.

Conclusiones:

1. No se observaron diferencias entre los grupos demográficos y conocimientos en RCP básica y parada cardiaca. Más del 60% de la muestra no tiene conocimiento de RCP básica o parada cardiocirculatoria (PCR), por tanto, de ahí la necesidad de mejorar la formación de los laicos. 2. No se observaron diferencias significativas entre los grupos de edad de ambos sexos o entre con respecto a la confianza para llevar a cabo la RCP. 3. Formación en RCP básica es eficaz para aquellos que la reciben, reconocen su importancia y desean recibir una formación complementaria. Los graduados universitarios son las personas mejor capacitadas. 4. Los centros de aprendizaje y de salud son los lugares preferidos por la preferencia de la muestra para recibir la formación en RCP básica.

P-411

¿SON REALMENTE INTUITIVOS LOS DESFIBRILADORES SEMIAUTOMÁTICOS?

S Espinosa Ramírez, AM Calvo García, M Fernández Toral, EM de Frutos Hernando, M Martín Andreu, M Alonso Chamorro
Centro de Simulación Clínica Avanzada. Universidad Francisco de Vitoria. Madrid

Palabras Clave: desfibrilación semiautomática, intuición en uso

Objetivos:

Los desfibriladores semiautomáticos, mediante instrucciones verbales y escritas, van indicando los pasos que hay que realizar, al tiempo que con una altísima seguridad detectan si la parada es susceptible o no de ser tratada con una descarga eléctrica (especificidad del 99, 7% y sensibilidad del 82%). Estos equipos son relativamente baratos, de bajo peso, seguros para la víctima y el rescatador y después de unas breves instrucciones hasta un niño de 9-12 años es capaz de utilizarlos adecuadamente (Informe desfibrilación semiautomática en España. Ministerio de sanidad y política social, 2007).

Material o pacientes y método:

Se utilizó un desfibrilador AED Plus® de ZOLL con electrodos con capacidad para medición de calidad de la RCP, con voluntarios desconocedores de la técnica de desfibrilación. Se midió el tiempo desde que se entregaba el desfibrilador, hasta que se colocaban los electrodos en el tórax del paciente y desde ese momento hasta que pulsaba el botón de desfibrilación.

Resultados:

Estudiamos los resultados de una muestra estudiada de 18 personas. Para el tiempo 1, hemos tenido un resultado de 49 segundos. Para el tiempo 2, el resultado ha sido de 97 segundos.

Conclusiones:

Creemos esencial aumentar la muestra, y probar diferentes desfibriladores, pero estos resultados preliminares, nos vienen a decir que es necesario mejorar los elementos de comunicación del desfibrilador para mejorar el nivel de intuición.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 7. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-412

TRABAJANDO EN EQUIPO ANTE UN IMV-SUMMANDO POR EL PACIENTE

A Pérez Alonso, D Caballos Villar, A Montarelo Navajo,
JJ Jiménez Mediavilla, J Sánchez Perea, MA Tejedor Castillo,
MA Semprún Guillén

SUMMA 112. SAMUR-PC. Alcorcón, Madrid

Palabras Clave: mass casualty incidents, prehospital emergency care, emergency medical services

Objetivos:

La asistencia en incidentes de múltiples víctimas (IMV) exige la perfecta coordinación de los diferentes intervinientes con el fin de mejorar la asistencia a los pacientes. En la ciudad de Madrid cohabitan dos potentes servicios de emergencia SAMUR-PC y SUMMA 112, dependientes del Ayuntamiento y de la Comunidad de Madrid respectivamente y con diferentes procedimientos operativos. Su coordinación ante IMV mediante procedimiento unificado y entrenado resulta en una mejor asistencia al ciudadano ante esta situación excepcional.

Material o pacientes y método:

Se realizó análisis de situación previa en cada uno de los servicios, actualización de los procedimientos institucionales, valoración de diferencias y puntos comunes entre ambos procedimientos y tras fijar como objetivo único la mejora en la asistencia al paciente ante IMV, se propone grupo de trabajo para unificar criterios operativos que permitan trabajar como un único servicio. Durante dos meses se trabajó de forma conjunta consiguiendo encontrar puntos de encuentro entre 2 procedimientos diferentes, unificando mandos, petos de identificación, criterios de traslado de víctimas y coordinación de evacuación. Se realizó simulacro con 90 víctimas, 40 vehículos intervinientes de diferentes servicios y unos 120 intervinientes para evaluar eficacia del nuevo procedimiento así como aplicación de medidas correctoras, detectando fortalezas y debilidades del mismo mediante técnicas de debriefing inmediatamente después del simulacro, reuniones intra servicio y puesta en común posterior entre ambos servicios de emergencia.

Resultados:

Se consiguió procedimiento conjunto de asistencia a múltiples víctimas en el ámbito de la Comunidad de Madrid que permite su revaluación y mejora y además unifica criterios de actuación entre servicios de emergencia que utilizan diferentes procedimientos operativos en su asistencia ordinaria de pacientes.

Conclusiones:

La unificación de criterios y procedimientos entre servicios de emergencia ante situaciones de asistencia a múltiples víctimas, supone una mejora a nivel de coordinación y asistencia, minimiza la variabilidad en la respuesta ante el incidente y supone una mejora clara en la calidad asistencial a las víctimas.

P-413

RESULTADO DE LAS ACTIVACIONES DE DONACIÓN TRAS MUERTE CARDIACA TIPO IIA

A Mateos Rodríguez (1), A Blanco Lara (2), A Villar Arias (2),
E Coll Torres (3), M Padilla Martínez (3)

(1) SUMMA112, Universidad Francisco de Vitoria, (2) SUMMA112,
(3) ONT. Pozuelo de Alarcón, Madrid

Palabras Clave: servicios de emergencias, trasplante, donación tras muerte cardiaca

Objetivos:

La donación tras muerte cardiaca constituye un procedimiento complejo que involucra a muchos agentes sanitarios. El desarrollo completo y los motivos de paralización del procedimiento una vez iniciado no han sido aun bien estudiados.

Material o pacientes y método:

Recogida de las activaciones realizadas por el SUMMA112 durante 5 años (2009-2013) en una base de datos vía web creada a tal efecto por la Organización Nacional de trasplantes. Se recogen variables de filiación, tiempos, motivo de la desactivación y órganos extraídos si finalmente se ha hecho donante real.

Resultados:

(en proceso de análisis) Se produjeron 456 activaciones en el periodo estudiado. De estas se trasladaron como donante potencial 234 casos. El motivo más frecuente de desactivación del procedimiento fue causa logística, seguido de motivo biológico, y de negativa familiar. De los trasladados como posible donante finalmente donaron algún órgano 165 casos. La mayoría de órganos donados fueron riñones.

Conclusiones:

El motivo más frecuente de desactivación del procedimiento de donación en asistolia es la causa logística. Hay que definir claramente los tiempos y el procedimiento para ser más eficiente es este.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 7. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-414

ESTUDIO PILOTO SOBRE CONOCIMIENTO POBLACIONAL DE LA RCP Y USO DEL DESA

S Espinosa Ramírez, AM Calvo García, M Fernández Toral, EM de Frutos Hernando, M Martín Andreu, M Alonso Chamorro

Centro de Imulación Clínica Avanzada. Universidad Francisco de Vitoria. Madrid

Palabras Clave: reanimación cardiopulmonar, desfibrilación semiautomática, conocimiento

Objetivos:

El pasado 16 de octubre de 2015 se ha celebrado en toda Europa el Día Europeo de Concienciación del Paro Cardíaco. Las maniobras de RCP podrían salvar 100.000 vidas en toda Europa. Bajo el lema Tus manos pueden salvar más vidas se ha celebrado el European Restart a Heart Day 2015.

Material o pacientes y método:

Se realizó encuesta online, con la herramienta de encuesta Survio, compartida a través de redes sociales (Whatsapp, Facebook y correo electrónico) para captar voluntarios. Se realiza análisis descriptivo de las respuestas a las siguientes preguntas: RCP ¿Sabrías que es? ¿Y Reanimación Cardiopulmonar? ¿Qué porcentaje de paradas cardiorespiratorias crees que suceden en los domicilios? ¿Cuánto crees que aumentan las posibilidades de supervivencia con las técnicas de supervivencia básicas?

Resultados:

Respondieron 428 personas de entre 18 y 60 años. El término de las siglas RCP es desconocido por un 33,6% de los encuestados. Cuando nos referimos a la técnica como reanimación cardiopulmonar el porcentaje de desconocimiento disminuye al 4,2%. Cuando nos referimos al porcentaje de paradas cardiorespiratorias que creen se producen en el domicilio la moda de dicha pregunta es de 75% con 179 respuestas, seguido de un 50% con 149 respuestas. Lo cual indica el amplio conocimiento que la población posee sobre la gran afectación de paradas que ocurren en el domicilio. Con respecto a la pregunta sobre cuanto aumentan las posibilidades de supervivencia con la técnica de RCP la moda de dicha respuesta es del triple con un 49,1% con 210 respuestas seguido de un 40,7% con 174 respuestas que considera que aumenta el doble. Estos resultados nos indican como se empieza a reconocer por la población la gran importancia de la realización temprana de dichas técnicas.

Conclusiones:

Las redes sociales pueden ayudar a la investigación de conocimientos y también a la difusión de los mismos. Deberíamos dejar de utilizar el acrónimo RCP cuando se habla con los ciudadanos, no entrenados, y eso incumbe a los centros coordinadores de urgencias.

P-415

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL USO DEL TORNIQUETE Y EL PAPEL DE LOS TES EN LAS EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

C Martorell Campins (1), J Abella (2)

(1) SSG, (2) 061 Galicia. Alaro, Islas Baleares

Palabras Clave: torniquete, hemorragia, extrahospitalaria

Objetivos:

El uso del torniquete es una medida altamente efectiva para el control de una hemorragia activa, no exento de alguna complicación en su aplicación. El uso prehospitalario del torniquete es una medida generalizada en el contexto militar, no siendo así en la vida civil. Esto es debido a que en la asistencia prehospitalaria civil, la derivación de un paciente a un servicio de urgencias hospitalario útil es corto. Las armas de estilo militar con grandes proyectiles y de alta velocidad, se han convertido en las armas preferidas de las mafias y grupos terroristas, causando graves heridas y hemorragias cuando son empleadas en sus ataques a civiles. Este cambio en el tipo de materiales empleados en ataques a civiles, hace necesario una revisión de los protocolos en asistencia sanitaria prehospitalaria a nivel urbano.

Material o pacientes y método:

Para la realización de la revisión bibliográfica se han consultado artículos científicos y publicaciones utilizando los buscadores Google Académico, Medline y Pubmed.

Resultados:

Existe consenso en que las 2 horas es el tiempo máximo que puede un torniquete estar puesto sin que haya lesiones importantes en los tejidos. El uso del torniquete es la medida más rápida y efectiva en hemorragias que supongan un riesgo vital. La formación continua y protocolizada de los profesionales de asistencia sanitaria, son clave para el uso seguro del torniquete.

Conclusiones:

El torniquete debe formar parte del conjunto de técnicas estándar para el control de la hemorragia. El uso por parte de los profesionales de asistencia sanitaria maximiza la capacidad al equipo y facilita el traslado de pacientes. La compresión directa es el método más eficaz, y el torniquete por personal entrenado, si el anterior no es suficiente. La elevación del miembro y la compresión de los puntos de sangrado no han demostrado su utilidad terapéutica. El objetivo del torniquete es detener de manera segura, rápida y efectiva las hemorragias en las extremidades.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 7. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-416

¿UN "SIMPLE" DOLOR ABDOMINAL? A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

C Sarabia Cárcel, M Castán Lagrav, M Sacristán Román,
M Conesa Nicolás, M Villamor Villarino

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Palabras Clave: aneurisma de la aorta abdominal,
dolor abdominal, aneurisma roto

Objetivos:

Varón, 71 años, trasladado por UME a hospital por cuadro de dolor abdominal tipo cólico de 4h evolución en flanco y fosa ilíaca derechos, de aparición súbita, asociado a náuseas, mareo, sudoración y palidez.

Material o pacientes y método:

AP: HTA. Exfumador. Obesidad. FA anticoagulada. Insuficiencia venosa crónica. Antecedentes quirúrgicos: RTU próstata. EF: Consciente, hipotenso, mal perfundido. ABD: sensible sin clara defensa abdominal, no masas palpables. Pulsos femorales no palpables. PC: Analítica: anodina. TC abdominal: aneurisma de aorta abdominal 10x9cm (diámetros PA y transversal), con deformidad de pared posterior aorta asociada a gran hematoma intramural pósterolateral derecho, presencia de contraste en su interior y gran hematoma retroperitoneal izquierdo 11x9cm, con signos de extravasación activa, que se extiende hasta FII y región inguinal ipsilateral, rodeando vasos ilíacos externos del mismo lado. Hematoma retroperitoneal en flanco derecho y FID 8x5cm y compresión de vena cava inferior por efecto masa del aneurisma aórtico.

Resultados:

Evolución: Nuestro paciente ingresa en UCI, manteniendo diuresis, TA 90/60 mmHg y FC 95 lpm. Valorado por CCV y radiología vascular intervencionista, se decide tratamiento quirúrgico urgente. Tras cirugía evoluciona con shock mixto cardiogénico/hipovolémico, necesidad de múltiples transfusiones, infección herida operatoria, FRA con requerimiento diálisis y VM prolongada, falleciendo finalmente. JC: Rotura aneurisma de aorta abdominal (RAAA).

Conclusiones:

La mayoría de aneurismas de aorta abdominal (AAA) son asintomáticos, representando hallazgos al examen físico o imagenológico, al incrementar su tamaño, el AAA puede desencadenar dolor abdominal y/o lumbalgia y aparecer cambios al examen físico, como masa palpable o soplos. Entre los factores de riesgo asociados para su desarrollo destacan: edad, tabaquismo, sexo masculino, raza blanca, aterosclerosis, HTA. La forma de presentación más temida, la RAAA, es parte de la historia natural del aneurisma no tratado, y se asocia con incremento de mortalidad dada la rápida inestabilidad hemodinámica que conlleva. Sus síntomas plantean diagnóstico diferencial con otras causas de dolor abdominal agudo: cólico renal, pancreatitis, diverticulitis, isquemia miocárdica de pared inferior, isquemia mesentérica? La TC permite, de forma rápida y con alto rendimiento, la evaluación de un AAA complicado, resultando esencial dicha valoración dado la necesidad de tratar a tiempo a estos pacientes.

P-417

LA PARADA CARDIACA RELACIONADA CON LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ: DATOS ASOCIADOS A LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

JA Gutiérrez Sevilla (1), JB Bonilla Fradín (2), C Magdalena Fernández (3),
R Artiguez Terrazas (4), I Cueto Bueno (5)

(1) UME Miranda de Ebro, Gerencia de Emergencias Sanitarias SACYL, (2) Ambuibérica, (3) O61 Cantabria, (4) Ambulancias Rodrigo, (5) Emerbask. Miranda de Ebro, Burgos

Palabras Clave: agitación psicomotora, paro cardíaco,
resucitación cardiopulmonar

Objetivos:

En ocasiones un cuadro de agitación psicomotriz puede tener un desenlace fatal de paro cardiorrespiratorio, que en ocasiones lleva a la muerte al paciente. Actualmente existe una cantidad moderada de evidencia científica que puede ayudar a orientar a los profesionales que se enfrentan a estas situaciones a tener una serie de consideraciones respecto a las decisiones que se toman en el seno de una reanimación cardiopulmonar avanzada.

Material o pacientes y método:

Revisión bibliográfica.

Resultados:

Los cuadros de muerte súbita en pacientes que presentan una situación de agitación psicomotora parecen estar más asociados en primer lugar a la posición en la que se realiza la reducción física, siendo las posiciones asociadas al decúbito prono las que producen una asociación mayor entre muerte súbita y paciente con agitación psicomotora. Parece haber relación directa entre el tiempo de forcejeo (determinado por el estado psicopatológico del paciente y/o el consumo de sustancias excitantes) y el riesgo de muerte súbita. En un trabajo se ha determinado que el tiempo de forcejeo mayor aumenta los niveles de lactado en sangre y produce mayor riesgo de alcalosis metabólica. Finalmente, puede haber cierta susceptibilidad personal en individuos que presentan peor estado de salud previo, factores de riesgo cardiovascular o consumo de psicofármacos.

Conclusiones:

El paro cardíaco relacionado con la agitación psicomotora parece estar relacionado con la asfixia traumática por la técnica de reducción, el aumento de niveles de lactato en sangre por el aumento de catecolaminas secundario al tiempo de forcejeo y la presencia de factores de riesgo cardiovascular. La reanimación cardiopulmonar avanzada puede obtener mejores resultados con la optimización de una vía aérea definitiva y la consideración de la alcalosis metabólica. Algunos casos han evitado la muerte súbita con la sedación precoz del paciente o la provisión de medidas de reanimación cardiopulmonar básica precoces.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 7. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-421

UNIFICACIÓN DEL CARRO DE PARADAS

Jl Paredes Trigueros, CM Morales Alcover, S Torres Alves,
R Cuñado Cerro, ME Azkuenaga Martín, A García Hernández

Hospital de Mendaro. Elgoibar, Gipuzkoa

Palabras Clave: urgencias médicas, tratamiento de urgencia, centros de salud

Objetivos:

La Organización Sanitaria Integrada del Bajo Deba en Gipuzkoa está compuesta por el Hospital de Mendaro y por 9 Centros de Salud. La movilidad entre los diferentes centros de salud, de los sustitutos de enfermería y de medicina, hace que el conocimiento del material existente y su distribución en cada centro, sea complicado de aprender y recordar para este personal sobre todo en situaciones de urgencias medicas cuando hay que aplicar un tratamiento de urgencia.

Material o pacientes y método:

En una primera fase se adquiere un carro igual para cada centro de salud. Se realiza un listado de medicación y material que debe llevar el carro así como su distribución por cajones. Esto se envía a cada centro que se ocupa de la colocación del material y medicación siguiendo las instrucciones dadas previamente. La medicación se coloca con el sistema de doble cajón. Se realiza un libro para realizar el check-list con imágenes y listado de material y medicación cajón por cajón.

Resultados:

Todos los centros de salud disponen de un carro de paradas y urgencias con el mismo material y medicación, distribuido de la misma forma. Todos los centros de salud disponen del libro de revisiones que facilita la reposición del material y la adecuada distribución dentro del carro. Todos los carros contienen la medicación con el sistema de doble cajón.

Conclusiones:

El disponer de un libro de revisiones con imágenes hace que la reposición y revisión de material y medicación sea mas fácil. El que todos los centros de salud dispongan de un carro igual y con el mismo material y distribución, facilita su uso en situaciones de urgencias médicas cuando hay que aplicar un tratamiento de urgencia. Esto hace que la dispersión de trabajadores sustitutos sea menos peligrosa ante una urgencia médica, ya que de esta forma vayan al centro de salud que vayan el carro será igual. El sistema de doble cajón evita desabastecimientos y caducidades de medicación.

P-423

CARBOXIHEMOGLOBINA

O Marquina Peralta (1), A Pau Massoni (2), N Amorós Lucas (3),
M Puig Pintó (3), J Castany Pich (3), I Feliu Pérez (4)

(1) VAM Balaguer, (2) VAM Tarrega, (3) VAM Balaguer,
(4) SEM. Alcarra, Lleida

Palabras Clave: carboxyhemoglobin, methemoglobin, carbon monoxide

Objetivos:

De manera constante en sanidad hay nuevos cambios tanto en el tratamiento como con el diagnóstico de distintas patologías debido a la constante evolución tecnológica. El paradigma de la medicina científica se basa en dicha evidencia para determinar diagnósticos y diseñar nuevos tratamientos. Debido a todos estos cambios, recientemente en el sistema de emergencias médicas en Cataluña se han añadido nuevos dispositivos que realizan nuevas tareas y mediciones. Ésta mejora se cumple para otorgar sincronía entre las nuevas tecnologías, la evidencia científica y la práctica clínica en la extrahospitalaria. Concretamente con el nuevo material se pueden hacer más determinaciones con el sensor de pulsioximetría. El cooxímetro es una herramienta que está avalada por estudios científicos y que goza un gran auge por el impacto que tiene en los recientes cambios tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de los pacientes intoxicados por humo. Este indicador comprueba el grado de monóxido de carbono presente en el corriente circulatorio. Por su estructura el monóxido de carbono tiene más y mejor afinidad con la hemoglobina respecto la molécula de oxígeno. Por este motivo, con los antiguos pulsioxímetros el paciente podía presentar una saturación de oxígeno elevada cuando por analítica presentaba cambios relevantes. Con los nuevos cooxímetros dicho sesgo se evita mejorando *in situ* el diagnóstico y su tratamiento.

Material o pacientes y método:

Revisión bibliográfica en distintas bases de datos científicas con el fin de determinar la relevancia del cooxímetro, sus principales valores, aplicar dichos resultados y fijar la posible asignación de tratamiento según las nuevas guías asistenciales.

Resultados:

Con los resultados obtenidos relacionar el resultado obtenido con el cooxímetro con la gravedad del paciente y su tratamiento afín a su estado y pronóstico.

Conclusiones:

A menudo los pacientes deben ser valorados de manera holística para prevenir las posibles complicaciones. Conociendo dichas complicaciones, se puede mejorar la calidad asistencial ofrecida. Con esta nueva constante se puede prevenir complicaciones y orientar mejor el tratamiento para beneficio del paciente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 7. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-424

ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR AL POLITRAUMATIZADO

**MC Quesada Martínez (1), N Rodríguez García (1),
M Córcoles Vergara (1), M García Palacios (1),
Y Reverte Pagán (1), CM Cano Bernal (1), M Medina Abellán (2)**

(1) Hospital Universitario Reina Sofía,
(2) CCSS Espinardo. Molina de Segura, Murcia

Palabras Clave: multiple trauma, emergencias, splenectomy

Objetivos:

Descripción del caso. Mujer de 52 años traída por O61, sufre accidente de tráfico en motocicleta, presentando politraumatismo con trauma craneoencefálico, llevaba casco. No recuerda lo sucedido, refiere dolor pierna izquierda, tórax, cervicolumbalgia y leve disnea. Se mantiene estable, TA 100/65, FC 90 lpm, SatO2 95%, Glasgow 15/15. Auscultación cardiopulmonar murmullo vesicular conservado, dolor intenso en hemitórax izquierdo sin hipoventilación. Abdomen: Defensa y peritonismo generalizado. Exploración neurológica normal, salvo imposibilidad para mover miembro inferior izquierdo por dolor. Deformidad en cara posterior de muñeca izquierda. Se administra analgesia y sueroterapia.

Material o pacientes y método:

Juicio clínico. Rotura esplénica y hepática. Fracturas costales múltiples con volet torácico. Fractura pertrocanterea izda. Fractura de estiloides radio izquierdo.

Resultados:

Diagnóstico diferencial: atelectasias, hemotórax, afectación cardiovascular, fractura de clavícula, contusión pulmonar, derrame o síndrome ocupación pleural, empiema, derrame pericárdico, hemorragia digestiva. Traumatismo gástrico, intestinal, renal, pelvis, mesenterio, páncreas, riñón y vejiga. Fractura cúbito-radio.

Conclusiones:

Es fundamental la interacción y manejo multidisciplinar de todos los servicios extra como intrahospitalarios para conseguir un correcto manejo de accidentados de tráfico, ya que es un motivo frecuente y de gran gravedad en servicios de Urgencias.

A-426

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA BOMBA DE INFUSIÓN VOLUMAT MC AGILIA PARA SU UTILIZACIÓN EN LAS AMBULANCIAS DE LOS DISPOSITIVOS DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS DEL ÁREA SANITARIA DE OSUNA

A Rodríguez Trujillo, N Rodríguez Tejada, T Navarro Morales
Área Sanitaria de Osuna. Écija, Sevilla

Palabras Clave: urgencias, asistencia, preparaciones farmacológicas

Objetivos:

Las bombas de infusión facilitan la administración parenteral de medicamentos y soluciones, usadas para una adecuada precisión y un aporte constante, también por su capacidad de administrar a altas presiones. Por todos estos motivos, su utilización es un requisito importante para realizar una adecuada calidad asistencial.

Material o pacientes y método:

Se ha distribuido una bomba de infusión Volumat MC Agilia en cada ambulancia de Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias del Área Sanitaria de Osuna: (1) Écija, (1) La Luisiana, (1) Fuentes de Andalucía, (1) Osuna, (1) El Saucejo, (1) La Puebla de Cazalla, (1) Marchena, (2) Estepa. Se ha realizado protocolo para el manejo de la bomba de infusión, vídeo tutorial y una charla taller para los profesionales.

Resultados:

Elaboración de un protocolo para el manejo de las bombas de infusión Volumat MC Agilia para el adecuado uso de las mismas por parte de los profesionales, mejorando de ésta manera la calidad asistencial.

Conclusiones:

El manejo adecuado de las bombas de infusión Volumat MC Agilia en las ambulancias mejoran la calidad asistencial y los objetivos terapéuticos, siendo su uso de gran importancia no solo en el ámbito hospitalario sino también en el extrahospitalario.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 7. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

A-427

ROL ENFERMERO EN TUNELADORAS EPBS (EARTH PREASURE BALANCE)

R Lorenzo Martín (1), L Franch Espinosa (2), M Cuadros Hueta (3)

(1) Hospital Universitario de Bellvitge, (2) Hospital Dr. Josep Trueta,
(3) Hospital Universitario de Bellvitge. Caldes de Malavella, Girona

Palabras Clave: descompresión, oxigenación hiperbárica,
riesgos laborales

Objetivos:

La progresiva utilización de tuneladoras EPB (Equilibrio de presión de Tierras), para la construcción de túneles, ha contribuido a un nuevo método y tipo de trabajo, que conlleva a la aparición de nuevos riesgos laborales. Algunos trabajos de excavación en la construcción de túneles, se realizan en medio hiperbárico, es decir, tienen el frente de la excavación presurizado para evitar desprendimientos en la cabeza de corte, para evitar dañar infraestructuras y edificios próximos a la excavación. El servicio sanitario preventivo de la obra, ha de ser personal acreditado, cualificado y formado para trabajar en ciclos de compresión, trabajo y descompresión.

Material o pacientes y método:

Los motivos, que conllevan riesgo y que pueden implicar una intervención por parte del personal sanitario son: trabajos de inspección, de mantenimiento programados o de reparación de urgencia. Las condiciones de trabajo en este ámbito son, por definición, complejas. Por otro lado hay que remarcar que se dan en un entorno de riesgo de condiciones extremas de temperatura y humedad.

Resultados:

La patología que se puede presentar sola o simultáneamente, y que han de prever los servicios sanitarios son los traumatismos leves o graves, paciente politraumático, hemorragias, accidentes disbáricos, hipertemia, ahogamiento, intoxicaciones y quemaduras por ventonita.

Conclusiones:

La administración y las empresas constructoras, entre otras medidas preventivas, objetivaron desde el inicio la necesidad de poder contar con la presencia de un Servicio Preventivo de Asistencia Sanitaria de Emergencias capaz de poder resolver con eficacia y eficiencia un accidente en este ámbito complejo y con conocimientos en oxigenación hiperbárica.

A-428

¿QUÉ CARACTERÍSTICAS IDENTIFICAN AL SOPORTE VITAL AVANZADO ENFERMERO (SVAE) FRENTE A OTRAS UNIDADES DE SVA (SOPORTE VITAL AVANZADO) EN LA ATENCIÓN A LA PARADA CARDIACA?

MR Valverde León, I Morales Cané, MA Rodríguez Borrego

Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba
(IMIBIC)/Universidad de Córdoba. Hospital Universitario Reina
Sofía. Córdoba

Palabras Clave: parada cardiaca, reanimación cardiopulmonar,
soporte vital avanzado

Objetivos:

La dotación del SVAE cuenta con un TES (Técnico en Emergencias Sanitarias) y un Diplomado o Graduado en Enfermería. En España actualmente se cuenta con personal de Enfermería en diferentes equipos de soporte vital extrahospitalario, en las siguientes comunidades autónomas: País Vasco, Cataluña, Canarias y Andalucía. En el Real Decreto 836/2012 del 25 de mayo, se describen las características de los vehículos asistenciales de los servicios de emergencias extrahospitalarias, determinando que las ambulancias tipo C para el soporte vital avanzado, deben contar con al menos un TES, un enfermero y si la asistencia así lo requiere, un médico.

Material o pacientes y método:

Se realizó una revisión sistemática mediante palabras clave y texto libre adaptándose a las diferentes bases de datos bibliográficas: PUBMED, EMBASE, COCHRANE, IBECS, SCOPUS, CINAHL, IME (Índice médico español), DIALNET Y CUIDEN de los estudios publicados entre 2005-2015. Análisis estadístico y temático categorial.

Resultados:

Escasa producción científica respecto al tema que se aborda, encontrando solo 9 estudios. No se encontraron estudios que traten acerca de la atención a la parada cardiaca por parte de unidades de SVAE, comparados con un SVA en España.

Conclusiones:

Los resultados obtenidos no parecen indicar grandes diferencias entre los dos tipos de unidades en la atención a la parada cardiaca en otros países tal y como publica Bernd W. Böttiger et al. (2016). Es necesario realizar estudios acerca de la efectividad de los equipos de soporte vital avanzado de enfermería (SVAE) en el manejo de la parada cardiaca, y contrastar con los equipos de emergencias tanto españoles como de otros países, y de esta manera potenciar la Enfermería de práctica avanzada en el campo de las emergencias extrahospitalarias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 7. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

P-430

ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES ANTE LA MUERTE Y PRESENCIA DE FAMILIARES DURANTE RCP EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO

P Sanjorge Carretero, T Pacheco Tabuenca

SAMUR-PC. Madrid

Palabras Clave: reanimación cardiopulmonar, actitudes ante la muerte, creencias

Objetivos:

Los profesionales de emergencias han de afrontar sus propios miedos y creencias ante la muerte, las cuales pueden llegar a influir en el manejo de ciertas situaciones críticas.

Material o pacientes y método:

Se aplicaron dos cuestionarios que incluían la Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte a 264 sujetos (población general y población sanitaria (Técnicos en Emergencias Sanitarias): 152 y 112 sujetos, respectivamente). Análisis descriptivo, análisis factorial y fiabilidad, contraste de hipótesis (Shapiro-Wilk y Kolmogorov-Smirnov), Prueba t, ANOVAS, r2 y dispersión. Programa Gándia Quest y SPSS Statistics v. 21.

Resultados:

Se encontraron diferencias significativas en AM entre profesionales de emergencias y población general ($p=0,009$). Las AM no está relacionadas con que el profesional sanitario permita o no a los familiares estar presentes durante la reanimación ($p=0,053$). Para profesionales que consideran que su profesión afecta positivamente a su percepción sobre la muerte y que es beneficioso para el duelo la presencia de familiares durante RCP, el modelo predice en un 44% su AM ($p<0,05$). En población general se explican las AM de una persona en un 32% a partir de la consideración de que la presencia del psicólogo durante la reanimación es positivo, por su deseo de presenciar RCP y su creencia del beneficio para la aceptación de su muerte.

Conclusiones:

Se obtiene que las AM en profesionales sanitarios son significativamente más favorables que en población general. Es el ámbito de la intervención en emergencias lo que marca diferencias en AM, además, el manejo que los profesionales hacen de los familiares durante la reanimación, es independiente de sus AM. Como futuras investigaciones se plantea estudiar otros colectivos profesionales relacionados con la muerte y el final de la vida, ya que se obtuvieron datos significativos de otros colectivos (tanatorios y funerarias), pero la muestra fue insuficiente.

A-431

EVALUACIÓN DE LA SUPERVIVENCIA Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA DE LOS PACIENTES REANIMADOS TRAS UNA PARADA CARDIACA MEDIANTE EL USO DEL CARDIOCOMPRESOR MECÁNICO LUCAS

J Borja Padilla (1), JM Villadiego Sánchez (1), JR Lacalle Remigio (2), F Aranda Aguilar (1), S Cruz García (1), A Romero Hidalgo (1), E Flores Rico (1)

(1) Empresa Pública Emergencias Sanitarias Andalucía, (2) Universidad de Sevilla. Sevilla

Palabras Clave: parada cardiaca extrahospitalaria, cardiocompresor mecánico Lucas, calidad de vida relacionada con la salud

Objetivos:

La escasa supervivencia y secuelas que provoca la parada cardiorespiratoria extrahospitalaria (PCR_EH) la convierten en un problema sanitario de primera magnitud. Si utilizar cardiocompresores mecánicos durante la reanimación cardiopulmonar (RCP) elimina la fatiga del reanimador y consigue resultados óptimos de perfusión cerebral, deberían mejorar los resultados de RCP y Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) del reanimado.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional prospectivo de cohortes utilizando la información recogida por los Equipos Emergencia_061_Andalucía durante el período 01. 09. 2014 al 31. 05. 2015. Se incluyen mayores de 18 años que sobreviven al PCR_EH que conseguimos localizar y entrevistar a los dos meses del alta hospitalaria. Se han agrupado en: (A-RCP) y (M-RCP). Aplicamos Cuestionario SF-12 que evalúa ocho dimensiones de salud: Función Física, Rol Físico, Rol Emocional, Función Social, Salud Mental, Salud General, Dolor Corporal y Vitalidad, agrupándolas en dos constructos: físico y mental.

Resultados:

Hemos atendido 968 pacientes PCR_EH, 747 con criterios de inicio de SVA. Perfil M-RCP: hombre, 62 años y el 44. 5% de los casos PCR_EH no presenciada. Perfil A-RCP: hombre, 57 años y PCR_EH no presenciada el 48. 4%. Se ha utilizado cardiocompresor mecánico en 106 casos (14. 19%). El grupo compresiones manuales muestra supervivencia in situ del 34, 32% (220 pacientes) frente al 32, 08% (34 pacientes) cuando se usó cardiocompresor. Conseguimos localizar y aplicar el test SF-12 a 62 de los pacientes que han sobrevivido a los dos meses del alta hospitalaria: 9 de cohorte A-RCP (26, 47%) y 53 de M-RCP (24, 09%). En ambos grupos, los pacientes consideran su salud muy buena o buena y no manifiestan limitaciones importantes en el componente físico ni en el mental del SF-12.

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 M-RCP. Los EE_061_Andalucía consiguen, durante RCP una efectividad de masaje cardíaco similar en ambos grupos, en cuanto a CVRS a los dos meses de la recuperación del episodio.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 7. URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS, REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, CATÁSTROFES, IMV

A-434

UTILIZACIÓN DEL COLCHÓN DE VACÍO EN LAS NUEVAS UNIDADES DE SOPORTE VITAL AVANZADO DEL SISTEMA DE EMERGENCIAS MÉDICAS DE CATALUNYA

MSTR, APM, NAL, MPP, MJRV, OAP

SEM. Alcarrás, Lleida

Palabras Clave: colchón de vacío, paciente politraumatizado, inmovilización

Objetivos:

Las nuevas unidades de soporte vital avanzado, disponen de colchón de vacío Easyfix Ready2Go como el principal recurso para trasladar pacientes politraumatizados o con otros procesos patológicos en los que se considere adecuado el uso de este sistema de inmovilización.

Material o pacientes y método:

Descripción técnica y operativa del material.

Resultados:

Los colchones de vacío están rellenos de bolas de poliespan que mediante una válvula a la que se aplica una bomba que permite hacer el vacío y conseguir dar una rigidez adecuada para así facilitar un traslado óptimo del paciente. Así se absorben gran parte de las vibraciones producidas durante el traslado terrestre o aéreo evitando que estas sean transmitidas al paciente y puedan afectar a su fisiopatología. El diseño actual dispone una base rígida reforzada en la zona del tronco superior que ofrece una mayor fijación de cabeza, cuello y columna cervical. Tiene un sistema de retención de correas cruzado que facilita una inmovilización más efectiva, de esta manera permite una lateralización en bloque del paciente en caso que fuera necesario. El material es radiotransparente, con lo cual se pueden realizar pruebas radiológicas.

Conclusiones:

Con la adquisición del Colchón de vacío Easyfix Ready2Go se ha mejorado la asistencia a los pacientes politraumatizados asegurando una correcta y confortable inmovilización. Minimizando también los transfer interhospitalarios para realizar las pruebas radiológicas del paciente en el hospital.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 8

Urgencias médicas I (arritmias, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo)

28
Congreso
nacional SEMES



URGENCIAS
evolucionando



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

O-435

DETERIORO DE LA FUNCIÓN RENAL COMO FACTOR RELACIONADO CON LA MORTALIDAD Y LA RECONSULTA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA ATENDIDOS EN SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS

I López Menéndez, HA Espinosa Custodio, M Gordo Bravo, D Cuetos Suárez, P Rubianes Fernández, C Bazó Canelón, P Herrero Puente

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Palabras Clave: acute heart failure, renal insufficiency, chronic, prognosis

Objetivos:

Los diversos grados de deterioro de la función renal (FR) pueden influir en el pronóstico de determinadas patologías.

Material o pacientes y método:

Estudio multicéntrico, de cohortes prospectivo, inclusión consecutiva de pacientes con ICA, según criterios de Framingham, atendidos en SUH. Los pacientes se dividieron en función del grado de deterioro FR: G1 (FGe>90ml/min/1.73 m²), G2 (FGe entre 60-89ml/min/1.73m²), G3a (FGe entre 45- 59ml/min/1.73m²), G3b (FGe entre 30-44ml/min/1.73 m²), G4 (FGe entre 15-29ml/min/1.73m²) y G5 (FGe<15ml/min/1.73m²). Variables: edad y sexo, antecedentes de patología cardiovascular, grado funcional basal para disnea NYHA, dependencia funcional por índice de Barthel, datos del episodio clínico, parámetros analíticos, troponinas, NTproBNP, destino, mortalidad a 3, 7, 14 y 30 días y reconsulta a 30 días. Análisis estadístico: comparación de proporciones mediante chi-cuadrado, de medias por ANOVA.

Resultados:

Se incluyeron 5270 pacientes. La división según grados de FR: G1(11,2%), G2(28,7%), G3a(20,2%), G3b(17,9%), G4(9,9%) y G5(2,3%). La mortalidad a 3, 7, 14 y 30 días aumenta a medida que empeora la FR ($p<0.001$), no hay diferencias en reconsulta ($p=0.09$). La edad media es mayor en G3b y G4 vs G1, G2, G3a y G5 (81,42 y 81,64 años vs. 74,59, 18,46, 80,72 y 78,59 años $p<0,001$). A mayor deterioro de FR más anemia G5 vs G1, G2, G3a, G3b y G4, (85,5% vs 48,2%, 49,8%, 53,6%, 66% y 75,8% respectivamente $p<0,001$), hiponatremia (28% vs 18,3%, 20,7%, 19,6%, 19,1% y 27,3% respectivamente $p<0,001$), NTproBNP>5180 (73% vs 20,2%, 26,7%, 44,2%, 52,1% y 63,3%) o troponinas positivas (60,3% vs 29,5%, 31%, 38,4%, 44% y 55,2% respectivamente $p<0,001$). Los pacientes con peor FR (G4 y G5) presentaban más comorbilidad vs G1, G2, G3a y G3b: HTA ($p<0,001$), Diabetes ($p<0,001$), cardiopatía isquémica ($p=0,010$), enfermedad cerebrovascular ($p=0,010$) o ICA previa ($p<0,001$). Los pacientes con G3b y G4 tienen mayor dependencia funcional ($p<0,001$) y peor grado funcional para disnea ($p<0,001$).

Conclusiones:

Los pacientes con mayor deterioro de la FR presentan más comorbilidad, peor grado funcional para disnea, más dependencia funcional y mayor alteración analítica. Por ello la mortalidad es mayor en todos los puntos temporales estudiados.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

O-436

PAPEL PRONÓSTICO INTRAHOSPITALARIO DEL CONTROL GLUCÉMICO EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

R Cuervo Pinto, N Aguirre Juaristi, S Hernández López,
R Perales Muñoz, D Chaparro Pardo, FJ Martín Sánchez

Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Madrid-Madrid

Palabras Clave: mortalidad, diabetes, unidad de corta estancia

Objetivos:

La hiperglucemia se ha mostrado como un factor de mal pronóstico intrahospitalario en plantas de hospitalización convencional y UCIs en múltiples estudios. La ADA determina como objetivos de control glucémico una glucemia basal <140 mg/dl y aleatoria <180 mg/dl. Se desconoce si en las UCEs, donde la estancia y la mortalidad son reducidas, el adecuado control glucémico puede ejercer un papel pronóstico similar.

Material o pacientes y método:

Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó todos los pacientes ingresados en la UCE de un hospital universitario en Junio de 2011. Se recogieron datos demográficos, comorbilidad, causa de ingreso, antecedente de diabetes, aparición de nueva hiperglucemia (NHG). Las variables resultado fueron mortalidad intrahospitalaria y días de estancia.

Resultados:

Se incluyeron 750 pacientes con una edad media de 68,15 años (DE19,52), 357 varones (47,6%), Comorbilidad media 2,71 (DE2,50), Mediana de estancia 2 días (RIC 1-6). Fallecieron durante el ingreso 21 pacientes (2,8%). 188 pacientes (25,1%) eran diabéticos, 53 presentaron NHG (7,1%) y 509 eran no diabéticos (67,8%). Entre los tres grupos existieron diferencias en cuanto a la edad, comorbilidad y causa de ingreso. La mediana de estancia fue de 2 días (RIC1-5) en no diabéticos, 3 días (RIC1-8) en diabéticos y 2 días (RIC1-5,5) en NHG ($p<0,001$), La mortalidad fue de 13 pacientes (2,6%) en no diabéticos, 4 pacientes (2,1%) en diabéticos y 4 pacientes (7,5%) en NHG ($p=0,090$). Se reagruparon los pacientes diabéticos y con NHG en aquellos que habían conseguido objetivos de glucemia ($n=123$) y los que no ($n=118$) no existiendo en ambos grupos diferencias en cuanto a los días de estancia pero la mortalidad en el grupo con objetivos de glucemia conseguidos fue de 1 paciente (0,8%) y en los que no se consiguieron objetivos fue de 7 pacientes (5,9%) ($p=0,027$). Tras ajustar por edad, comorbilidad y causa de ingreso, el OR de mortalidad intrahospitalaria de aquellos con objetivos conseguidos frente a los que no fue 0,126 (95%IC 0,015-1,059, $p=0,057$) consiguiéndose una reducción relativa de la mortalidad del 87%.

Conclusiones:

Conseguir un adecuado control glucémico en pacientes diabéticos y con NHG en la UCE puede reducir la mortalidad intrahospitalaria en dicha unidad.

P-437

CONOCER PARA EVOLUCIONAR EN CUIDADOS

S Marcos Jiménez, M de la Fuente García-Soto, P Bailo Castilla,
N Arnáiz Moreno, JM de Santos Izquierdo, L Martín López

Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: procesos de enfermería, enfermería de urgencia, atención de enfermería

Objetivos:

La Unidad de Observación de Urgencias del Hospital Universitario de Burgos (UOU del HUBU) supone para los profesionales de enfermería un reto muy importante en el desarrollo de planes de cuidados, para garantizar la comunicación entre profesionales y la mejora de la calidad asistencial. Un equipo de enfermeras de urgencias del HUBU hemos analizado el perfil del usuario y las patologías más frecuentes que presentan a su ingreso en la UOU.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, descriptivo y transversal de la actividad asistencial de la UOU del HUBU durante el año 2015. Ámbito y población de estudio: Usuarios UOU (criterios de inclusión y exclusión). Tamaño muestral $n=194$ (margen de error 5%, nivel de confianza 95% y nivel de heterogeneidad 50%). Variables: demográficas, tiempo y motivo de estancia, especialidad que asume el ingreso.

Resultados:

Especialidades responsables: 64% Urgencias, 7% Cirugía General, 6% Neurología, 5% Cardiología, 5% Neumología, 4% Digestivo y el 9% otras especialidades. Los datos presentan motivos de estancia heterogéneos, una vez agrupados entre los más frecuentes: Enfermedades del aparato cardiocirculatorio, respiratorio digestivo, genitourinario, nervioso y de los sentidos, infecciones, trastornos mentales, causas traumáticas, intoxicaciones, alteraciones hidroelectrolíticas, patología quirúrgica, signos y síntomas mal definidos y otros.

Conclusiones:

Dada la heterogeneidad de motivos de ingreso y la falta de herramientas propias de enfermería, la agrupación realizada nos facilitará la elaboración de un proyecto que desarrolle protocolos de enfermería específicos inexistentes actualmente en la unidad. Con su implementación se aseguraría la homogeneidad y continuidad de cuidados de calidad.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

O-438

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL SÍNCOPE. ¿VALEN LA PENA?

I Ayala Barroso, CM Rodríguez Cabrera, MC Expósito Moreno

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.
Santa Cruz de Tenerife

Palabras Clave: síncope, pruebas diagnósticas de rutina, electrocardiografía

Objetivos:

El Síncope es un síntoma frecuente como motivo de consulta en los servicios de urgencias (SU), siendo consecuencia de múltiples causas, desde procesos benignos a potencialmente letales, motivo por el que es de vital importancia identificar las causas más peligrosas. Según las Guías de la Sociedad Europea de Cardiología, una meticulosa historia clínica y exploración física, así como la realización de un electrocardiograma (ECG) son las herramientas de mayor rendimiento diagnóstico. La utilización de pruebas diagnósticas indiscriminadas o sin criterio hace que el diagnóstico sea ineficiente, retardándolo y poniendo en peligro a los pacientes con patología más grave, así como provocando ingresos innecesarios.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en un Hospital de Tercer Nivel donde se incluyeron a pacientes que durante un año fueron dados de alta desde el SU con el diagnóstico de Síncope. Se incluyeron 586 pacientes (> 14 años), donde se analizaron las pruebas complementarias realizadas.

Resultados:

Se realizó ECG al 100% de los pacientes y en ningún caso hubo datos de síncope por arritmia o signos de isquemia. Se solicitaron analíticas a 499 pacientes (86 pacientes con hemoglobina <12, 39 hiponatremias, 33 hipopotasemias y 7 hiperpotasemias), asimismo, se solicitaron 18 Dímero-D, con 9 resultados positivos, pero a ninguno de estos pacientes se solicitó tomografía de tórax. Se solicitaron Troponinas a 352 pacientes, con un resultado positivo (este paciente no requirió seriación y fue dado de alta a las 6 horas). Respecto a las pruebas de imagen, se indicaron 284 radiografías de tórax (con resultados patológicos en 55 de ellas: 3 derrames pleurales y 52 cardiomegalias), 92 TAC craneales (5 de ellos con lesiones antiguas), 3 TAC abdomen (normales) y 29 ecocardiogramas (11 de ellas presentaban alguna anomalía, pero ninguna circunstancia que fuera criterio diagnóstico de síncope).

Conclusiones:

En contra de lo que indican las guías de práctica clínica, en el manejo de los pacientes con síncope vemos que se solicitan indiscriminadamente pruebas complementarias que no nos proporcionan rentabilidad diagnóstica alguna. Historia clínica, exploración física y ECG deben ser los pilares diagnósticos en el síncope.

O-439

UTILIZACIÓN DE LA DOBLE ANTIAGREGACIÓN EN EL SÍNDROME CORONARIO SIN ELEVACIÓN DEL ST (SCASEST) EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

EH Roiz Andino, S Aznar Cantín, V Heras Fernández,
G Esteban Gutiérrez, G Jiménez Díaz, W Humaid

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcala de Henares,
Madrid

Palabras Clave: acute coronary syndrome, practice guidelines, inhibición plaquetaria

Objetivos:

En los últimos años se han publicado las Guías de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el manejo de pacientes con síndrome coronario sin elevación persistente del segmento ST (SCASEST). Estas guías integran investigaciones recientes, proponen la creación de programas de implementación o protocolos, y recomiendan la realización de registros que verifiquen la práctica clínica en la vida real. Su implementación se correlaciona con mejores resultados clínicos. Nuestro SUH elaboró un Protocolo Multidisciplinar de Manejo de SCA, incidiendo en el diagnóstico y tratamiento precoces desde el SUH.

Material o pacientes y método:

Se elaboró un registro en ACCESS de todos los pacientes incluidos en el Protocolo de Manejo del SCA y su posterior análisis mediante Excel. Para nuestro análisis se tomaron los casos de SCASEST de los 3 primeros meses de aplicación del protocolo.

Resultados:

Del total de pacientes ingresados por SCA (N=108), el 69% ingresaron con diagnóstico de SCASEST desde el Servicio de Urgencias y este diagnóstico se confirmó en el 85% de los casos con un cateterismo positivo. Respecto al tratamiento, el 100% de los pacientes con SCASEST fueron tratados en Urgencias con AAS y al 85% se les añadió un segundo antiagregante (59% Clopidogrel, 27% Ticagrelor y 0% Prasugrel), en un 64% de estos pacientes la prescripción la realizó el Médico de Urgencias. La indicación de doble antiagregación y del antiagregante utilizado se hizo cumpliendo las guías europeas en el 71% de los casos.

Conclusiones:

Un 85% de los diagnósticos de SCASEST realizados en Urgencias presentaron un cateterismo positivo por lo el diagnóstico realizado en Urgencias fue correcto en la mayoría de los casos. La doble antiagregación fue iniciada mayoritariamente por el Médico de Urgencias que debe disponer de los nuevos antiagregantes para cumplir adecuadamente con las actuales Guías Europeas de manejo del SCASEST. Cumplimos con los indicadores de implantación propuestos por la Guía Europea (antiagregación con AAS y uso de nuevos antiagregantes).



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

O-440

LA VIOLENCIA DE GÉNERO INFLUYE EN EL PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE LAS PACIENTES QUE CONSULTAN POR DOLOR TORÁCICO

C Fuenzalida Inostroza, G Martí Carrizosa, S Calderón González, B Coll-Vinent i Puig

Hospital Clínic. Barcelona

Palabras Clave: violencia intrafamiliar y/o de género, dolor torácico, urgencias

Objetivos:

La violencia intrafamiliar y/o de género (VIG) afecta la salud, pero se desconoce su papel en el control de los factores de riesgo cardiovascular (FRV) y el pronóstico de pacientes que consultan por dolor torácico (DT) en urgencias.

Material o pacientes y método:

Inclusión de 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 al año de la inclusión. Se analizó datos socio-demográficos, existencia y control de FRV, enfermedad actual, complicaciones y reingresos.

Resultados:

Se incluyó a 132 pacientes, de edad media $61,6 \pm 18,1$ años. La entrevista reveló VIG en 31 pacientes (23,5%, 4 actual y 27 previa). Las mujeres con VIG eran más jóvenes ($53,7 \pm 15,0$ vs $64,0 \pm 18,4$ años, $p=0,005$), tenían mayor prevalencia de síndrome ansioso-depresivo (56,7% vs 16,1%, $p<0,001$), y tenían peor control de la presión arterial ($p=0,045$). No hubo diferencias significativas en la orientación diagnóstica inicial, el diagnóstico al alta o el número de ingresos en la visita inicial. Al cabo del año, 76 pacientes (57,6%) consultaron a urgencias (28 por causas cardiovasculares), 24 pacientes (18,2%) reingresaron (12 por causas cardiovasculares), y 3 pacientes fallecieron, sin diferencias según la presencia o no de VIG. En relación a las pacientes más jóvenes (<65 años), las que habían sufrido VIG reconsultaron más (75% vs 47,8%, $p=0,029$), y presentaron mayor tendencia a las consultas por causa cardiovascular. No se observaron diferencias relevantes entre las pacientes que habían sufrido VIG en el pasado y las que la presentaban en la actualidad.

Conclusiones:

La existencia actual o previa de VIG es elevada en las pacientes que consultan por DT a urgencias. 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 y a una peor evolución a largo plazo.

O-441

UTILIDAD DE VERNAKALANT EN URGENCIAS PARA LA CARDIOVERSIÓN FARMACOLÓGICA DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR

A Aguirre Tejedo, P Jiménez Labai, S Mínguez Masó, MJ López Casanova, A Supervía Caparrós, I Cirera Lorenzo, A Pedragosa Vall

Hospital del Mar. Barcelona

Palabras Clave: Vernakalant, cardioversión, antiarrítmicos

Objetivos:

Vernakalant es un nuevo antiarrítmico para la cardioversión farmacológica (CVF) de la fibrilación auricular (FA). Puede ser utilizado como alternativa a los antiarrítmicos 1C y en algunos casos de pacientes con cardiopatía estructural moderada en los que se suele utilizar amiodarona.

Material o pacientes y método:

Estudio prospectivo de pacientes con FA estable que precisaron CVF durante el período noviembre/2011-marzo/2016. Se analizaron las características basales de los pacientes, la eficacia, el tiempo, desde inicio de la perfusión hasta la cardioversión y hasta el alta, así como los efectos secundarios. Los tiempos se expresan como la mediana en minutos. Se utilizaron los test Kruskal-Wallis y Mann-Whitney para valorar las variables. Se consideró significativo una $p < 0,05$.

Resultados:

Se incluyeron 75 pacientes (vernakalant: 21, amiodarona: 22, grupo 1C: 32). La edad media fue de $61,7$ años. El 44% eran mujeres, $61,3\%$ hipertensos, $18,7\%$ valvulopatía, $6,7\%$ cardiopatía isquémica. El 57,3% era un primer episodio de FA. El 84% presentaban síntomas de <24 horas, siendo los más frecuentes las palpitaciones (81,3%) y dolor torácico (17,3%). La eficacia de la CVF fue: vernakalant en 76,2% de los casos, con amiodarona 81,8% y grupo 1C 87,5%. El tiempo hasta la CVF con vernakalant fue de 8 min vs amiodarona 733 min ($p < 0,0001$) y grupo 1C 182 min ($p < 0,0001$). Esto supuso unas diferencias de estancia [vernakalant 141 min vs amiodarona 903 min ($p < 0,0001$) y vs grupo 1C 312 min ($p < 0,0001$). De los cinco casos en los que vernakalant fracasó, 3 recibieron cardioversión eléctrica (CVE), uno se aceptó la FA permanente y un caso no tenía indicación por tratarse de un flutter auricular. No hubo efectos secundarios graves. Dos presentaron flutter auricular (uno transitorio revirtiendo finalmente a sinusal y otro que precisó CVE). Presentaron bradicardia 2 casos de amiodarona, 3 del grupo 1C y ninguno vernakalant. Presentaron hipotensión 3 casos de amiodarona, 4 de grupo 1C y ninguno vernakalant.

Conclusiones:

La CVF con vernakalant en urgencias es una opción eficaz y segura, y que permite reducir estancias de pacientes monitorizados.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

O-442

¿PENSAMOS EN DIGITAL?

**M Solís López, R Rodríguez Herrero, S Yebra Delgado,
L Rivera García, S Charro Alonso, M Casanueva Gutiérrez**

Hospital de Cabueñes. La Fresneda, Siero, Asturias

Palabras Clave: digoxin, poisoning, emergency medical service

Objetivos:

La intoxicación digitalica crónica es una complicación que supone un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias, motivadas fundamentalmente porque su eliminación depende de la función renal y por la interacción farmacológica. Se hace necesario estudiar el perfil de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias así como su manejo.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo observacional retrospectivo. Incluyó pacientes adultos con valores analíticos de digoxinemia mayor o igual a 2 ng/mL solicitados desde el servicio urgencias en el año 2014. Se realizó un análisis estadístico con el programa SPSS, valor de $p < 0.05$ para considerar significación estadística.

Resultados:

Analizamos 67 pacientes, el 0,1% de las consultas en nuestro servicio, 66,6% fueron mujeres, media de edad 83,55 años, 76,11% HTA, 43,28% DM, 86,56% cardiopatía arrítmica y en un 50,74% insuficiencia cardiaca previa. Un 94,02% tomaban fármacos que interfieren con la digoxina (diuréticos 80,59%, B-bloq 20,89%, Ca antagon 22,38%, IECAs 23,88...). Dividiendo la sintomatología en tres grandes grupos: 28. 35% presentaban síntomas digestivos, 25,37% síntomas neurológicos y 38,8% síntomas generales. La media de digoxinemia fue de 3,11 (máximo 7,1- mínimo 2). El 77,61% estaban en fibrilación auricular, asociando el 37, 31% bradicardia y el 19,4% cubeta digitalica (sin relación significativa con la digoxinemia). El 52,23% tomaban un comprimido de digoxina 0,25/día descansando 2 días a la semana. El 88. 05% presentaban insuficiencia renal, de ellos un 5,9% insuficiencia renal grave, existiendo una correlación inversa respecto a la digoxinemia, encontramos diferencias significativas en los pacientes con IR moderada y grave respecto a los que no tenían.

Conclusiones:

Ante un paciente que toma digoxina debemos pensar en intoxicación digitalica, esta es una complicación relativamente frecuente y su sintomatología es muy diversa. No encontramos relación entre los niveles de digoxina y las alteraciones electrocardiográficas. La mayoría de nuestros pacientes presentaban insuficiencia renal, existiendo una correlación entre ésta, la cantidad de digoxina que tomaban y la digoxinemia.

P-443

¿ANTICOAGULAMOS CORRECTAMENTE LA FIBRILACIÓN AURICULAR DE RECIENTE COMIENZO?

**MD Pascual Muñoz, D Rosillo Castro, D Fernández Garrido,
P Rodríguez Lavado, MM de la Torre Olivares, R López Valcárcel,
C Hernández Martín**

*Hospital Comarcal del Noroeste de Caravaca de la Cruz.
Espinaro, Murcia*

Palabras Clave: atrial fibrillation, acenocumarol, aspirin

Objetivos:

La fibrilación auricular (FA), es la arritmia más frecuente en los servicios de urgencias, se asocia a un marcado aumento del riesgo de accidentes tromboembólicos arteriales, por lo que es importante realizar una correcta profilaxis.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, longitudinal, retrospectivo de revisión de historias clínicas. Se seleccionaron todos los pacientes con diagnóstico de FA al alta no conocidas en los años 2014 y 2015. Variables de estudio: Sexo, edad, calculo score CHA2DS2-VASc, score HAS-BLED, si al alta no se debe pautar nada, si se debe antiagregar o anticoagular y con que fármaco. Si son revisados en consultas externas de cardiología, y se realiza cambio en el fármaco.

Resultados:

De los 237 pacientes al alta con diagnóstico de FA, 91 eran no conocidas. Edad media 69. 81%. 51. 6% eran mujeres. Presentaban CHADSvASC 2 de 0 el 15. 4%, de 1: 9. 9% mayor 2: 74. 7%. En un 37,4% queda constancia en el informe del cálculo. En ningún caso se contraindica según calculo de HAS-BLED. Al alta 27. 5% no se pauta nada, anticoagulamos 49. 5% (enoxaparina y acenocumarol 25. 3%, acenocumarol 16. 5% y enoxaparina sola 7. 7%), antiagregamos 19. 8% y rechazan anticoagulación 3. 3%. Al alta los pacientes con CHADSvASC 2 de 0: 50% nada, 14. 2% anticoagulamos, 35. 8% antiagregamos. Los de 1: 55. 5% nada y 45,5% antiagregamos. De los de mayor 2 nada 20%, 66,1% anticoagulamos y 13. 9% antiagregados. Fueron revisados 87. 9% en consultas externas de cardiología en menos de 1 mes. Cuando llegan a consulta no toman nada 36. 6%, anticoagulados 45. 1%, antiagregados 18. 3%. Se mantienen igual 82. 9%, cambia 17. 1%.

Conclusiones:

En nuestro servicio tendemos a no realizar una correcta profilaxis cardioembólica siguiendo los criterios CHADSvASC 2, en un 40% no se anticoagulan. En el caso de score de 1 la mitad queda sin profilaxis y a los que se les pauta sólo se le antiagrega. En todos los casos se utiliza acenocumarol. Dados los resultados se ha iniciado un ciclo de mejora para intentar realizar mejor dicha profilaxis.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

O-444

LA PULSIOXIMETRÍA INICIAL EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA. UTILIDAD COMO PREDICTOR DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA

F López Vengut, M Albuixech Ginesta, L Amador Yáñez, FJ Castro Bohórquez, M Junyent Priu, AV Martínez Cobos

Hospital General Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat. Sant Cugat del Vallés. Barcelona

Palabras Clave: pulsioximetría, urgencias, insuficiencia cardiaca

Objetivos:

La insuficiencia cardíaca aguda es responsable de cerca del 2% de las urgencias hospitalarias en nuestro medio. La mitad de los casos requiere ingreso en planta. Presenta una mortalidad elevada intrahospitalaria y tras el alta. 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. La pulsioximetría inicial baja podría ser un predictor de mala evolución.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo de las historias clínicas de 314 pacientes que habían sido diagnosticados de insuficiencia cardíaca aguda en Urgencias 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, reingreso dentro de los primeros 30 días tras el alta. Se analizó la relación entre la pulsioximetría inicial y las variables de evolución clínica.

Resultados:

De los 314 pacientes que acudieron a Urgencias y fueron diagnosticados de insuficiencia cardíaca aguda, 178 de ellos ingresaron en el servicio de Medicina Interna. La mortalidad intrahospitalaria fue del 4% (12 pacientes). El reingreso dentro de los primeros 30 días tras el alta se produjo en 40 pacientes. En el análisis estadístico detectó asociación entre la pulsioximetría inicial $<90\%$ y el ingreso hospitalario (97% vs 50%, $P<0.001$), la pulsioximetría inicial $<90\%$ y la mortalidad intrahospitalaria (11% vs 3%, $P=0.05$), la pulsioximetría inicial $<90\%$ y la estancia en planta (9.4 días vs 6.5, $P=0.023$), la pulsioximetría inicial $<90\%$ y la mortalidad a los 30 días (8% vs 3%, $P=0.018$), y la pulsioximetría inicial $<90\%$ y el reingreso a los 30 días la pulsioximetría inicial $<90\%$ (39% vs 19%, $P=0.023$).

Conclusiones:

La pulsioximetría inicial en la insuficiencia cardíaca aguda es un buen predictor de la evolución intrahospitalaria y durante los primeros 30 días post-alta.

P-445

EXPERIENCIA DEL CÓDIGO PACIENTE POLITRAUMÁTICO EN EL HOSPITAL GENERAL DEL PARC SANITARI SANT JOAN DE DÉU: ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL AÑO 2015

JA Cano Fernández, C Ferrer Palazón, P Miró Botella, M Torres Oliveros, L Fernández Gutiérrez

Hospital General Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat, Barcelona

Palabras Clave: multiple trauma, clinical protocols, emergencies

Objetivos:

El Código Paciente Politraumático es un sistema de prealerta hospitalaria que coordina la atención del paciente politraumatizado entre el equipo de asistencia prehospitalaria, la central de coordinación y el hospital receptor. Permite clasificar la gravedad de las víctimas según prioridades. Desde 2013, el Servicio de Urgencias, dispone de un protocolo de atención al paciente politraumatizado, que asegura la presencia de un equipo multidisciplinar, formado por los servicios de medicina intensiva, traumatología, anestesia, cirugía, urgencias-medicina, enfermería y radiología, en el 100% de las transferencias de las víctimas.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional descriptivo transversal retrospectivo. Los datos se extrajeron del libro de registro de Códigos Paciente Politraumático del Servicio de Urgencias, así como de la revisión de las historias clínicas.

Resultados:

Durante el año 2015, en el SU se atendieron 117 personas bajo la activación del Código Paciente Politraumático. El 48,7% de los pacientes fueron hombres y el 51,3% mujeres, con una media de edad de 42 años. En un 88% de los casos el código se activó por parte del equipo de asistencia prehospitalaria, de los que el 87,4% fueron orientados como prioridad 3 y el 12,6% restante como prioridad 2. El resto de las activaciones tuvieron lugar a nivel intrahospitalario. El tiempo medio que el código se mantuvo activado fue de 55 minutos. Tras la desactivación del código, un 54,7% de los pacientes fueron asumidos por el servicio de Traumatología, un 18% por el servicio de Cirugía y el 17,1% por el servicio de Urgencias-Medicina.

Conclusiones:

Dado que la amplia mayoría de activaciones se orientan como casos de bajo riesgo vital, sería pertinente revisar el protocolo hospitalario para optimizar recursos, adecuando la presencia de profesionales a las necesidades de cada caso, mejorando la efectividad en la atención del paciente politraumatizado.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-446

DESTINO AL ALTA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

A Vélez Castilla, M Arciniega Salazar, P Fraguas Reverendo, R Palacios García, M del Olmo Morales, V Hidalgo Sedano

Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: destino, alta, unidad de corta estancia

Objetivos:

La demanda de la atención urgente ha ido creciendo en los últimos años y con ello los ingresos hospitalarios. Es necesario seleccionar los que se van a beneficiar de su ingreso en la Unidad de corta estancia (UCE), la cual ha demostrado ser un servicio eficiente, apostando por un tratamiento y cuidados integrales. Es importante identificar el destino al alta de los pacientes, reflejo de la capacidad resolutoria de esta unidad.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo, en el que se seleccionó a todos los pacientes ingresados en la UCE-U del HUBU durante sus tres años de funcionamiento. La recopilación de los datos se obtuvo del Servicio de Admisión y Servicio de Codificación y Documentación clínica del Hospital Universitario de Burgos.

Resultados:

Desde su apertura en Enero de 2013, la Unidad de Corta Estancia hemos tenido un total de 2.752 pacientes ingresados sin diferencia de sexo, y con una edad media progresivamente en aumento de 78,5 años. La estancia media en la UCE ha sido de 2.68 días, con un porcentaje de altas en fin de semana del 29%. Las altas a domicilio fueron del 89,5%, de los que un 4,8% fueron seguidos por Hospitalización a Domicilio. Precizaron traslado a unidades de hospitalización convencional un 10,5% de los pacientes, sobre todo a Neumología y Medicina Interna, y en mucho menor número otros servicios.

Conclusiones:

El destino al alta de la mayor parte de los pacientes ingresados en la UCE fue a su residencia habitual, demuestra que somos un servicio eficiente de alta resolución, consiguiendo la recuperación de la capacidad funcional y el regreso a la situación socio-familiar previa al ingreso.

O-447

MODELO PREDICTIVO DE MORTALIDAD A 6 MESES DE LOS ANCIANOS DADOS DE ALTA DE LAS UNIDADES DE CORTA ESTANCIA

FJ Martín Sánchez (1), C Ferré Losa (2), C Borraz Ordás (3), C Navarro Bustos (4), P Llorens Soriano (5), J Perdigones García (6), A Juan Pastor (1)

(1) Hospital Clínico San Carlos. Madrid, (2) Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona (3) Hospital Dr. Peset de Valencia, (4) Hospital Virgen de la Macarena. Sevilla, (5) Hospital General Universitario de Alicante, (6) Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Palabras Clave: unidad de corta estancia, paliativos, modelo predictivo

Objetivos:

No existen datos sobre los criterios paliativos de pacientes crónicos ingresados en las Unidades de Corta Estancia.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional prospectivo multicéntrico que incluyó por muestreo de oportunidad a los pacientes de 75 años o más ingresados en 5 UCEs del grupo UCE-SEMES desde 1 de febrero hasta 30 de abril de 2014. Se recogieron variables independientes demográficas, clínicas, y valoración funcional adaptada a urgencias al ingreso, y al alta. La variable de resultado principal fue la mortalidad global a 180 días. Se realizó estadística descriptiva y un análisis de regresión logística para diseñar un modelo de predicción de mortalidad a 180 días.

Resultados:

Se incluyeron 597 pacientes con una edad media de 83 (DE 6) años de los cuales, 362 (61%) fueron mujeres. La mortalidad global a 180 días fue de 15%. Las variables independientemente a mortalidad a 6 meses fueron situación funcional al alta independiente (I. Barthel >90) (OR 6,1, IC95% 2,1-17,4, p=0,001), deterioro funcional (OR 2,8, IC95% 1,0-8,1) o no cambio funcional (OR 2,1, IC95% 0,9-5,0, p=0,0079) durante el ingreso en UCE, síndrome confusional (OR 2,2, IC95% 1,2-3,9, p=0,009) al ingreso en UCE, úlceras por presión (OR 2,9, IC95% 1,5-5,7, p=0,001), o pérdida peso o apetito durante los últimos 3 meses (OR 1,99, IC95% 1,1-3,4, p=0,015). El ABC de la COR fue de 0,75 (IC 95% (0,69-0,80).

Conclusiones:

Existe un modelo con buena capacidad para predecir la mortalidad a 6 meses en los pacientes de 75 años o más ingresados en las UCEs.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

O-448

RELACIÓN ENTRE EL LUGAR DE INGRESO DE NUESTROS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA Y LAS RECONSULTAS Y REINGRESOS A UN MES

JM Álvarez Pérez (1), P López Díez (1), J Grünewald Ortiz (1), V Hidalgo Sedano (1), R Bailon Olivares (1), C Casaca Soares (2)

(1) Hospital Universitario de Burgos, (2) Escola Superior de Saude, Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal.

Palabras Clave: insuficiencia cardiaca, reingreso, reconsulta

Objetivos:

La insuficiencia cardiaca aguda es un motivo frecuente de consulta y de ingreso hospitalario que aumenta con la edad. La correcta ubicación del paciente puede mejorar la tasa de reconsultas y reingresos hospitalarios tempranos.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo y retrospectivo de 191 pacientes que acudieron a urgencias de nuestro hospital en febrero y marzo de 2014 cuyo motivo de consulta fue insuficiencia cardiaca aguda. 52,1% varones, 47,9 % mujeres, edad media $84 \pm 6,867$ años. No ingresaron un 3,7%, ingresaron en cardiología un 6,3%, en Medicina Interna un 67,9%, en nuestra Unidad de Corta Estancia de urgencias (UCEU) un 17,9%, y otros (traslados, etc.) en un 4,2%. De todos los ingresados, reconsultaron en el primer mes un total de 47 y reingresaron 45.

Resultados:

Los datos fueron analizados por el paquete estadístico SPSS. Para averiguar la asociación entre el lugar de ingreso y la reconsulta se utilizó el coeficiente V de Cramer, obteniendo como resultado que no hay asociación. Para averiguar la asociación entre lugar de ingreso y el reingreso durante el mes siguiente se utilizó el mismo test, concluyéndose que no hay asociación. Además encontramos diferencias entre la edad de los pacientes ingresados en Cardiología (77), Medicina Interna (85) y UCEU (83) utilizando el test Kruskal-Wallis. La comparación par a par concluye que la edad varía entre Cardiología y Medicina Interna, siendo significativamente superior en el segundo.

Conclusiones:

En nuestros pacientes que ingresan desde urgencias por Insuficiencia Cardiaca no parece haber asociación entre el lugar de ingreso y la reconsulta o reingreso en el primer mes. Si encontramos una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a edad de los pacientes y lugar donde ingresan. Además, la estancia media en la Unidad de Corta Estancia en Urgencias es menor que en el resto de servicios (2,70 días en 2014), con lo que ajustando el perfil del paciente podemos abaratar los costes de su ingreso por insuficiencia cardiaca aguda.

O-449

MANEJO AMBULATORIO DESDE URGENCIAS DE PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO MEDIANTE SPECT

C Bueno Mariscal, E Oncala Sibajas, JL Gálvez San Román, J Gallardo Bautista, C Jiménez Hidalgo, C Navarro Bustos

Hospital Virgen Macarena. Sevilla

Palabras Clave: SPECT, cardiopatía isquémica, test diagnóstico

Objetivos:

En el diagnóstico de la enfermedad coronaria se considera la angiografía coronaria el patrón oro para el diagnóstico, pero esta prueba invasiva está limitada por los riesgos concomitantes, sobretudo en pacientes con probabilidad pre-test media/baja para cardiopatía isquémica. Existen pruebas no invasivas con distinta precisión, disponibilidad y coste. En nuestro centro las más usadas son la ergometría, con disponibilidad inmediata y el SPECT que en la mayoría de los casos precisa ingreso por la demora en su cita (48-72 horas). Valoramos el manejo de pacientes en régimen ambulatorio y evitar los ingresos para realización de SPECT cuando están indicados.

Material o pacientes y método:

Se eligen todos los pacientes con dolor torácico de características isquémicas sin cambios en el electrocardiograma y con enzimas cardiacas normales o sin curva de lesión miocárdica, que diagnostican dos médicos del servicio durante un año y que precisan una prueba diagnóstica no invasiva y con probabilidad pre test baja y en los que la ergometría no es posible. La probabilidad pre test se basa en la características del dolor, al hipertensión arterial, la diabetes mellitus, dislipemia, edad, sexo y antecedentes de cardiopatía isquémica

Resultados:

Se recogen 40 historias clínicas de dolor torácico de características isquémicas, el 73% son mujeres y el 27% hombres. La media de edad es de 71 años (65-85) se evitaron 120 a 160 días de ingreso hospitalario. No hubo ningún evento coronario durante la espera de la prueba. La probabilidad pre-test era baja en el 53% de los pacientes y media en el 47% de ellos. Se realizó el test el 80% de los pacientes, siendo positivo en solo 5 casos de los 40. En 4 de ellos la probabilidad pre-test era media y en 1 era baja

Conclusiones:

La rentabilidad del manejo ambulatorio del SPECT en relación con su ingreso parece evidente. En la mayoría de los casos el SPECT fue negativo. En los casos con probabilidad pre-test media es más probable la positividad del test que los que era baja.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

O-450

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR SEGÚN EL ÍNDICE DE SEVERIDAD DEL EMBOLISMO PULMONAR (PESI) EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

I Sanlés González, P Hernández Martínez, H Molina Llorente,
D Toresano López, P Garmilla Ezquerro, V Mora Cuesta

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras Clave: tromboembolismo pulmonar, pesi-descriptivo

Objetivos:

El principal factor pronóstico del tromboembolismo pulmonar (TEP) es la estabilidad hemodinámica, pero hay otros parámetros clínicos que ayudan a identificar que pacientes pueden ser dados de alta de forma precoz y cuales tiene mayor riesgo de complicaciones. La escala más utilizada son: Pulmonary Embolism Severity Index (PESI) y PESI simplificada (PESIs).

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de TEP con estabilidad hemodinámica entre los años 2010-2015 en Urgencias de un hospital de tercer nivel. La valoración pronóstica se realizó mediante PESI, dividiéndose a los pacientes en riesgo bajo (PESI < 86 puntos) y riesgo intermedio: intermedio bajo (PESI < 86 puntos) e intermedio alto (PESI > 86 puntos con marcadores de daño miocárdico positivos y sobrecarga de ventrículo derecho).

Resultados:

n=738 pacientes (riesgo bajo n=237 e intermedio n=501 (bajo=459, alto=42). Riesgo bajo: Edad media 63 años. 68,4% mujeres. Antecedente de neoplasia 5%, 25,3% la desarrollaron posteriormente. Principal síntoma: disnea (78,4%). Riesgo intermedio: Edad media 77 años. 53,5% mujeres (intermedio alto: 61,9% varones). Antecedente de neoplasia 32,3%. Principal síntoma: disnea (77,8%). Dolor torácico y síncope se presentan más en este grupo ($p < 0,05$). El aumento de presión venosa yugular estaba presente en 8,4% de riesgo bajo y en 17,3% riesgo intermedio ($p < 0,01$). No hubo diferencias significativas en la presencia de trombosis venosas profundas en extremidades inferiores, ni de sobrecarga derecha por ecocardiografía o angio-TC. Sólo se solicitó troponina I en un 59,28% de los pacientes de riesgo intermedio. Niveles de dímero D: riesgo bajo 8682 mg/ml y riesgo intermedio 14457 mg/ml ($p < 0,01$). Mortalidad a los 30 días: 2,1% en riesgo bajo y 15% en riesgo intermedio ($p < 0,01$). Respecto al tratamiento no se encontraron diferencias estadísticas en el empleo de ventilación mecánica, heparina no fraccionada, anticoagulantes orales y fibrinólisis.

Conclusiones:

El síncope al diagnóstico podría ser indicativo de riesgo intermedio alto. Los valores elevados de dímero D podrían ser indicativos de TEP de mayor riesgo. El PESI es una escala pronóstica de gran utilidad en urgencias para establecer el pronóstico a corto plazo y los posibles tratamientos. El PESI, los marcadores de daño miocárdico y la valoración de sobrecarga de ventrículo derecho mediante métodos de imagen son fundamentales en la valoración del riesgo intermedio.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-451

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DADOS DE ALTA DE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA CON DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA

R Perales Muñoz, L Mateo Sánchez, M Peiró-Camaro Adán, D Redondo Domínguez, FJ Martín Sánchez, R Cuervo Pinto

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Palabras Clave: insuficiencia cardiaca, unidad de corta estancia, urgencias

Objetivos:

Las Unidades de Corta Estancia (UCEs) están habitualmente vinculadas a los servicios de urgencias y tienen un perfil clínico de pacientes característico. La insuficiencia cardíaca (ICA) es una causa frecuente de ingreso en UCEs por lo que resultaría interesante definir las características de dichos pacientes en las UCEs y los resultados obtenidos en dichos pacientes tras el alta.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó a todos los pacientes dados de alta desde la UCE de un hospital universitario con diagnóstico de ICA durante los años 2012-2014. Se recogieron variables demográficas, clínicas, tratamiento previo, parámetros analíticos, días de estancia y resultados tras el alta en términos de mortalidad y reconsulta en los primeros 30 días.

Resultados:

Se incluyeron 1041 pacientes con una edad media de 79,7 años (DE 13,63), 406 varones (39%), comorbilidad media de 2,88 por índice de Charlson (DE 2,08). Los antecedentes más frecuentes fueron ICC en 632 pacientes (60,7%), HTA en 930 (89,3%), dislipemia en 610 (58,5%), IAM en 275 (26,4%), IRC en 246 (23,6%), arritmia en 583 (56%) y DM en 294 (37,8%). Los desencadenantes más frecuentes del episodio fueron una infección en 332 casos (31,9%), una arritmia en 216 (20,7%) y no quedó aclarado en 155 (14,9%). La mediana de estancia fue de 2 días (RIC 1-3). Los tratamientos al alta fueron diuréticos del asa en 926 pacientes (88,9%), tiazidas en 127 (12,2%), IECAs/ARA en 603 (57,9%), anti aldosterónicos en 234 (22,5%), estatinas en 529 (50,8%), antiagregantes en 354 (34%), anticoagulación en 565 (54,2%), betabloqueantes en 464 (44,5%), digoxina en 206 (18,9%), nitratos en 91 (8,7%) y tratamiento antidiabético en 339 (32,5%). Reconsultaron en urgencias en los primeros 30 días 291 pacientes (27,9%) y fallecieron 10 pacientes (1%).

Conclusiones:

Los pacientes dados de alta desde la UCE por ICA son pacientes de edad media avanzada, con importante comorbilidad asociada pese a lo cual la estancia media de estos pacientes es baja y la refrecuentación precoz es del 27,9%, resultados probablemente mejorables ajustando el tratamiento al alta a las recomendaciones dadas por diversas sociedades, especialmente ICA-Semes para el manejo de éste tipo de pacientes.

O-452

FACTORES PREDICTORES DE PRESCRIPCIÓN ANTICOAGULANTE EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR ATENDIDOS EN URGENCIAS

C del Pozo Vegas (1), E García Morán (1), E González García (2), E Fernández Fernández (2), R López Izquierdo (2), LN Fadrique Millán (2)

(1) Hospital Clínico Universitario. Valladolid,

(2) Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Palabras Clave: fibrilación auricular, anticoagulación, urgencias

Objetivos:

La fibrilación auricular (FA) es un factor de riesgo de morbilidad de aquellos que la padecen. La única medida que ha demostrado una disminución de ésta ha sido el tratamiento con anticoagulantes (ACO). Los Servicios de Urgencias (SUH) son fundamentales en la detección y anticoagulación de estos pacientes.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo de pacientes >18 años diagnosticados FA. Se valoró el riesgo embólico con la escala CHA2DS2-Vasc según los criterios de las guías ESC (European Society of Cardiology) 2012. Se estudiaron otro tipo de variables biométricas y sociofamiliares. El análisis estadístico se realizó mediante el programa R.

Resultados:

Se seleccionaron 394 episodios con criterios de inclusión de los cuales 284 (72,08%) recibieron ACO. Fueron varones 212 (52,21%) y su edad media 77,35 ($\pm 12,49$) años. El valor mediano del CHA2DS2-Vasc fue 4. El índice de masa corporal medio fue de 27,46 ($\pm 4,96$). Con respecto al entorno familiar y nivel de dependencia 52 (13,19%) vivían solos y la misma proporción institucionalizados. El resto, 290 (73,60%) lo hacía con sus familias. Un total de 47 (11,92%) eran 100% dependientes. Las variables del CHA2DS2-Vasc asociadas de manera significativa a prescribir ACO fueron insuficiencia cardiaca (84,61% vs. 66,28%), HTA (83,50% vs. 60,55%), edad 65-74 años (91,17% vs. 73,78%) todas ($p < 0,01$). Con respecto al índice de masa corporal los obesos recibieron ACO (87,25% vs. 80,36%) ($p < 0,003$). Los pacientes independientes recibieron más ACO (79,61% vs. 66,34%) ($p < 0,001$). No existieron diferencias significativas entre sexos. Predictores significativos independientes en el análisis multivariante resultaron: insuficiencia cardiaca (OR 2,24 IC95% 1,16-4,52), la HTA (OR 4,05 IC95% 2,08-7,95), y la edad entre 65-74 (OR 16,56 IC95% 5,65-57,18). OR Obesidad (OR 2,25 IC95% 1,19-4,26). Dependencia 100% (OR 0,10 IC 0,02-0,45).

Conclusiones:

La prescripción de los ACO no guarda una correlación perfecta con la escala CHA2DS2-Vasc. La Insuficiencia Cardiaca, HTA, la edad entre los 65 y 74 años y la obesidad resultaron los factores de mayor peso para pautar ACO. Por el contrario, factores de riesgo mayores como el ictus/AIT o edad mayor de 75 no se percibieron como determinantes de riesgo embólico. La dependencia fue un predictor significativo para no recibir ACO en nuestro estudio.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

O-453

MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA DE LA VENA CAVA INFERIOR MEDIANTE ECOGRAFÍA POINT OF CARE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

J Armas Castro, B Giménez Fernández, L Fernández Calvo, JC Real López, S Diéguez Zaragoza

Hospital del Vinalopó. Elche, Alicante

Palabras Clave: ecocardiografía, insuficiencia cardiaca, vena cava inferior

Objetivos:

La distensibilidad de la VCI es un adecuado predictor del estado de volemia inicial y su posible respuesta a la sobrecarga o restricción hídrica en el manejo de los pacientes con ICC. La valoración combinada de la VCI, la ecografía pulmonar y los biomarcadores séricos como el proBNP permiten una monitorización hemodinámica no invasiva.

Material o pacientes y método:

Se realizó un estudio prospectivo transversal con 145 pacientes que acudieron al Hospital del Vinalopó en el período de Febrero 2015-Febrero 2016 con diagnóstico previo de ICC. Se realizó determinación de proBNP, ecografía pulmonar con determinación de líneas B y estimación del diámetro y colapsabilidad de la VCI según ecocardiografía. En todos los pacientes se realizó determinación de lactato y EB.

Resultados:

Los valores del proBNP variaron en relación con los diferentes subgrupos de colapsabilidad de la VCI. En el grupo de VCI<50% se obtuvieron valores de proBNP 5300 (675-28324) mientras que en el grupo de VCI>50% los valores de proBNP fueron de 2760 (350-29600). Existe una correlación positiva significativa entre el valor del proBNP y el diámetro de la VCI ($r=0.991$, $P<0.001$). El valor medio de corte del diámetro de la VCI como predictor de compensación de ICC estuvo en 20.4mm (S: 90% y E: 73%). La correlación entre la aparición de líneas B, el diámetro y la colapsabilidad de la VCI resultó significativa ($r=0.886$, $P<0.005$). El diámetro de la VCI se correlacionó negativamente con el valor del lactato ($r: 0.652$, $P<0.005$) y positivamente con el exceso de bases. Los pacientes con diámetros mayores de la VCI, colapsabilidad $\geq 50\%$ y valores de proBNP elevados tuvieron una mortalidad a corto plazo mayor que el resto de los pacientes.

Conclusiones:

El diámetro de la VCI se correlaciona significativamente con los valores del proBNP y la aparición de las líneas B en la ecografía pulmonar. El empleo de los predictores combinados y el punto de corte resultante permiten la monitorización no invasiva y la estratificación inicial de los pacientes con ICC.

P-454

CAPACIDAD PREDICTIVA DE UNA ESTRATEGIA MULTIMARCADOR DE LA MORTALIDAD A MUY CORTO PLAZO EN LOS PACIENTES ATENDIDOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA EN SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIOS

P Herrero Puente (1), B Prieto García (2), M García García (2), J Jacob Rodríguez (3), J Vázquez Álvarez (1), V Gil (1), P Llorens (1)

(1) Unidad de Gestión Clínica de Urgencias. Hospital Universitario Central de Asturias, (2) Área de Gestión Clínica del Laboratorio de Medicina. Hospital Universitario Central de Asturias, (3) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Bellvitge

Palabras Clave: insuficiencia cardiaca aguda, biomarcadores, pronóstico

Objetivos:

En la ICA se han identificado factores clínicos, de comorbilidad y bioquímicos convencionales asociados con el pronóstico precoz. Añadido a ellos, se está generalizando el uso de nuevos biomarcadores que dan información importante para esta estratificación.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, multicéntrico, prospectivo, de pacientes atendidos en urgencias por ICA. Se recogieron variables clínicas, comorbilidad, bioquímicas y biomarcadores (NTproBNP, Troponinas normalizadas, Copeptina, MRproADM e IL6). La variable resultado fue mortalidad a 7 tras la inclusión. El modelo clínico incluía: sexo, edad, cifras de presión arterial, hemoglobina, sodio < 135 mEq/L y filtrado glomerular estimado < 60 ml/min/1.73 m². Se realizó un análisis bivariable y se calcularon las áreas bajo la curva ROC (AUC) de cada modelo.

Resultados:

Se incluyeron 539 individuos, 55.6% mujeres, edad media 79.9 (9.5) años, la mortalidad a 7 días es del 3.15% (17 individuos). Los biomarcadores presentan niveles mas elevados en los pacientes que fallecen: Troponinas normalizadas [mediana (RIQ)] 5.29 (6.64) vs 1.66 (2.14), $p=0.007$, NTproBNP [mediana (RIQ)] 10391 (16605) vs 3757 (5918), $p=0.001$, MRproADM [mediana (RIQ)] 2.19 (2.13) vs 1.66 (1.21), $p=0.018$, Copeptina [mediana (RIQ)] 91.0 (163.0) vs 36.7 (56.3), $p<0.001$, IL6 [mediana (RIQ)] 33.1 (32.5) vs 15.0 (24.4), $p=0.017$. La Copeptina tiene una mayor capacidad discriminativa de forma aislada, de mortalidad a 7 días [AUC 0.77 (0.67-0.87)]. La combinación modelo clínico más Copeptina y NTproBNP tiene un AUC para mortalidad a 7 días de 0.90 (0.85-0.95), superior al modelo clínico aislado, 0.77 (0.66-0.86), $p=0.039$. Un nivel de Copeptina de 17.7 pmol/L tiene una sensibilidad del 100% y un valor predictivo negativo del 100% para mortalidad a 7 días.

Conclusiones:

La combinación de un modelo clínico, con variables accesibles en SUH, y Copeptina y NTproBNP es capaz de pronosticar la mortalidad precoz en pacientes con un episodio de ICA.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

O-455

ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR PREVIA ATENDIDOS POR UN EPISODIO DE INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA EN SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIOS

N Iribarren Lorenzo (1), V Fernández Rodríguez (1), I Sánchez Díaz (1), L Antuña Montes (1), MJ Pérez Durá (2), J Jacob (3)

(1) Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (2) Hospital Universitario La Fe. Valencia (3) Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona

Palabras Clave: atrial fibrillation, heart failure, emergency medicine

Objetivos:

La fibrilación auricular (FA) e insuficiencia cardiaca aguda (ICA) asociadas en un mismo individuo tienen peor pronóstico.

Material o pacientes y método:

Estudio multicéntrico, de cohortes prospectivo, de inclusión consecutiva de pacientes con ICA atendida en SUH. El diagnóstico de ICA se hizo basándose en criterios de Framingham y datos radiológicos de congestión pulmonar. Los pacientes se dividieron en: grupo FA, si tenían en antecedente de FA en historia clínica, y grupo No-FA. Variables: edad, sexo, factores de riesgo y patología cardiovascular previa, grado funcional basal para disnea NYHA, datos del episodio clínico, parámetros analíticos, troponinas, péptidos natriuréticos, ingreso, mortalidad y reconsulta a 30 días. Análisis estadístico: comparación de proporciones mediante ji-cuadrado, y medias por T-student.

Resultados:

Se han estudiado 5828 pacientes, 2780 (47. 7%) tenían FA. La media de edad era de 80. 3(8. 8) en el grupo FA y de 78. 5 (11) en pacientes No FA ($p=0. 001$). En el grupo FA hay menos cardiopatía isquémica 26. 7% vs 34. 2% ($p<0. 001$), mas valvulopatía 33. 4% vs 20% grupo No-FA, ($p<0. 001$), enfermedad cerebrovascular 14% vs 11. 4% grupo No FA ($p=0. 003$) y episodios previos de ICA 75. 2% vs 56. 5% grupo No FA ($p<0. 001$). El grado funcional NYHA IIIV está en el 26. 1% grupo FA vs 23. 9% grupo No-FA ($p=0. 032$). La Troponina era positiva 33. 3% grupo FA vs 42. 9% grupo No-FA ($p<0. 001$). Del tratamiento del episodio agudo el grupo FA recibía menos nitratos iv y menos morfina iv y mas digoxina y amiodarona. No había diferencias en porcentaje de ingreso ni de paso por unidades de observación. La mortalidad a 30 días era del 8. 5% en el grupo FA y de 9. 7% del grupo No-FA ($p=0. 14$) y la reconsulta a 30 días del 18. 7% en ambos grupos ($p=0. 99$).

Conclusiones:

Los pacientes con ICA y FA previa tienen un perfil de enfermedad cardiovascular diferente del grupo control, sin embargo su presencia no influye ni en la necesidad de ingreso ni en mortalidad ni reconsulta precoz.

P-456

MANEJO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR DE RECIENTE COMIENZO

MD Pascual Muñoz, D Rosillo Castro, MM de la Torre Olivares, P Rodríguez Lavado, R López Valcarcel, C Hernández Martínez, A Guaschi Cagliari

Hospital Comarcal del Noroeste de Caravaca de la Cruz. Espinardo, Murcia

Palabras Clave: atrial fibrillation, heart rate, drugs

Objetivos:

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente vista en los servicios urgencias.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, longitudinal, retrospectivo de revisión de historias clínicas. Se seleccionaron todos los pacientes con diagnóstico de FA al alta no conocidas. Variables a estudio: Sexo, edad, motivo de consulta, tiempo de evolución, si se intenta control de frecuencia o se cardiovierten, método utilizado y fármacos usados. ECG al alta. Si fueron revisados en consultas externas en menos de 1 mes y ECG en consulta.

Resultados:

Entre 2014-2015 tuvimos 237 pacientes con diagnóstico al alta de FA, de los cuales 91 pacientes eran no conocidas. Edad media 69. 81%. 51,6% eran mujeres. Motivo de consulta: Palpitaciones 46,1%, Dolor torácico 17. 6%, Mareo 16. 5%. Disnea 16. 5% Hallazgo casual 11. 7% otros 13. 2% Tiempo evolución > 48 horas 53. 8% y <48 46. 2% Se hace 54,9% control fc y 45. 1%. Al alta 31. 9% se mantenían en FA y estaban en sinusal 68. 1%. Se uso: 2. 2% eléctrica 61. 5 farmacológica, espontánea 36. 3. En la cardioversión fue espontánea 32. 6%, amiodarona 14%, flecainida 39. 5%, el resto con fármacos para control frecuencia. En el control de frecuencia empleamos espontanea 37. 5%, digoxina 22,9%, diltiazem 10. 4%, amiodarona 6. 3%, carvedilol 2,1%, bisoprolol 6,3%, propranolol 4. 2%, verapamilo, 6,3%. Otros 4% Fueron revisados 87,9% en consultas externas de cardiología en menos de 1 mes. En sinusal 48, 8%, 47,6% Fibrilación auricular 42. 9%, flutter 3. 3%.

Conclusiones:

En general realizamos un correcto manejo de la fibrilación auricular de reciente comienzo, ya que en función del tiempo de evolución casi en el 100%, se realiza cardioversión o control de frecuencia según este indicado. Llama la atención que en 1 de cada 3 pacientes dicho objetivo se logra de manera espontanea. Para la cardioversión el fármaco más usado es la flecainida y para control de frecuencia la digoxina y el diltiazem.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

O-457

PERFILES CLÍNICOS DE LOS PACIENTES QUE REINGRESAN POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

S García Gutiérrez, A Antón Ladislao, MS Gallardo Rebolal, M Morillas Bueno, I Rilo Miranda, R Quirós, JM Quintana López

Unidad de Investigación. Unidad de Investigación. Servicio de Urgencias. Servicio de Cardiología. Hospital Galdakao-Usansolo

Palabras Clave: insuficiencia cardiaca aguda, reingresos, clasificación

Objetivos:

La insuficiencia cardíaca es un síndrome en el que convergen, además del fallo primario cardíaco, el resultado final de múltiples enfermedades.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional cohortes prospectivo, coordinado y multicéntrico de 6 hospitales. Se incluyeron 448 pacientes diagnosticados de IC que acudieron a los servicios de urgencia (SU) de estos centros. Se recogieron variables a su llegada al SU, durante el ingreso y hasta el alta. Se realizaron análisis de correspondencias múltiples (ACM) y el análisis de conglomerados (AC) para definir perfiles de pacientes.

Resultados:

Los dos factores derivados del ACM (explican el 82% de la variabilidad total) se asociaron con la gravedad y las comorbilidades del paciente. Se identificaron tres tipos de pacientes (A, B, C) y hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ellos en función de las siguientes variables independientes: El 96. 58% fue catalogado como tipo A, acudió a los SU por la insuficiencia cardiaca crónica descompensada, 71. 79% tenían antecedentes de enfermedad coronaria y 73. 50% tiene ingresos previos. El Tipo B incluyó a pacientes con nuevo diagnóstico de HF (83,06%), y es el segundo grupo con mayor número de comorbilidades como la EPOC, DM o antecedentes de enfermedad coronaria ($p < 0,0001$). El 11,49% de los pacientes era tipo C: tenía nuevo diagnóstico de IC, y fue el grupo con mayor porcentaje de anemia e hipertensión pulmonar ($p < 0,0001$). Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los tres tipos de pacientes en función de la variable de resultado (reingreso). Los pacientes que no reingresaron en el seguimiento se asociaron con el tipo B, mientras que los pacientes que reingresaban antes de 30 días se asociaron con el tipo C. Los pacientes que reingresaban antes de los 30 días o antes del primer año estaban asociados con los pacientes de tipo A.

Conclusiones:

Esta técnica estadística sirve crear perfiles claros y distintos pacientes relacionados con el momento del reingreso que puede ayudar a identificar y establecer diferentes medidas preventivas o terapéuticas durante la agudización para reducirlos reingresos.

O-458

MORTALIDAD ASOCIADA A HIPOTENSION Y FUNCIÓN SISTÓLICA EN INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA. ESTUDIO HIPOICA

J Jacob Rodríguez (1), F Llopis Roca (1), C Ferre Llosa (1), I Cabello Zamora (1), P Llorens Soriano (2), I Bardes Robles (2)

(1) Hospital Universitari de Bellvitge. IDIBELL. Barcelona,

(2) Hospital General Universitario de Alicante

Palabras Clave: insuficiencia cardiaca aguda, hipotension, EAHFE

Objetivos:

La insuficiencia cardíaca aguda (ICA) hipotensiva, con presión arterial sistólica (PAS) 90 mmHg, se asocia a un peor pronóstico con mayor mortalidad. La influencia de la fracción de eyección (FE) deprimida (FE 40%) o preservada (FE > 40%) en estos pacientes está poco investigada.

Material o pacientes y método:

Análisis de los pacientes del registro EAHFE que presentan ICA hipotensiva con FE deprimida o preservada. El registro EAHFE es un estudio de cohorte multipropósito de carácter analítico no intervencionista y multicéntrico con un seguimiento prospectivo que incluyó de forma consecutiva a todos los pacientes atendidos por ICA en los 34 servicios de urgencias españoles. Se recogieron variables demográficas, características basales, del episodio agudo y seguimiento de mortalidad a los 30 y al año.

Resultados:

Se analizaron 8. 862 episodios de ICA, 184 (2,07%) tenían una PAS $\leq$ 90mmHg. La mortalidad a los 30 días y al año fue mayor en los pacientes con hipotensión (31,5 vs. 9,2%, $p < 0,001$ y 44,1 vs. 18,7% $p < 0,001$, respectivamente). Tomando como referencia los pacientes sin hipotensión y FE preservada, presentaron mayor mortalidad al año los pacientes sin hipotensión y FE deprimida (HR 1,22, IC95% 1,04-1,42), con hipotensión y FE preservada (HR 2,74, IC95% 1,64-4,57) y con hipotensión y FE deprimida (HR 3,65, IC95% 2,31-5,77), siendo estos últimos los de peor pronóstico.

Conclusiones:

Los pacientes que presentan un episodio de ICA hipotensiva presentan peor pronóstico, con mayor mortalidad a los 30 días y al año. La presencia de una FE deprimida empeora de manera significativa este pronóstico al año.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

O-459

VALORACIÓN DE LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIDIABÉTICO AL ALTA DE LA UCE COMO FACTOR PRONÓSTICO EN LOS PRIMEROS 90 DÍAS

R Cuervo Pinto, N Aguirre Juaristi, S Hernández López, JL Lechuga Martos, D Redondo Domínguez, FJ Martín Sánchez

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Palabras Clave: hiperglucemia, urgencias, antidiabético

Objetivos:

La diabetes y la hiperglucemia están presentes en un gran porcentaje de pacientes atendidos en urgencias así como en ingresados en planta de hospitalización convencional. Esta descrito el efecto de la hiperglucemia en el deterioro pronóstico durante la enfermedad aguda en pacientes hospitalizados, sin embargo, en las UCEs, con una estancia media de 48-72 horas donde el alta tiene lugar en el periodo de convalecencia es probable que un adecuado tratamiento antidiabético al alta y un correcto control de la glucemia durante dicho periodo pueda influir en una mejoría pronóstica a corto plazo tras el alta en términos de mortalidad precoz por cualquier causa y reconsulta en urgencias.

Material o pacientes y método:

Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó los pacientes ingresados en UCE durante el mes de Junio de 2011. Se incluyeron variables demográficas, comorbilidad, causa de ingreso, y congruencia del tratamiento antidiabético al alta. Se clasificó a los pacientes en Diabéticos, no diabéticos y nuevos hiperglucémicos (NHG), se documentó la aparición de un evento adverso en los tres grupos. Los pacientes diabéticos y NHG se clasificaron según congruencia del tratamiento al alta o no, valorando en ambos la aparición de un evento adverso a tres meses.

Resultados:

Se incluyeron 750 pacientes con edad media de 68,1 años (DE19,5), 357 (47,6%) fueron varones y la comorbilidad media fue de 2,7 (DE2,5). 262 pacientes (36%), sufrieron un evento adverso. El evento adverso tuvo lugar en 156 pacientes no diabéticos (31,5%), 77 diabéticos (41,8%) y 29 NHG (59,2%)($p<0,001$). Tras clasificar a los pacientes diabéticos y con NHG según la congruencia del tratamiento, el OR para evento adverso a 3 meses ajustado por edad, comorbilidad y causa de ingreso de aquellos sin tratamiento congruente frente a los no diabéticos fue de 3,26. (IC95% 2,06- 5,17).

Conclusiones:

Un tratamiento antidiabético no adecuado al alta de la UCE podría ser un factor independiente de sufrir un evento adverso en los tres primeros meses.

O-460

CRISIS COMICIAL EN URGENCIAS: ¡LA BÚSQUEDA DEL FAE PERFECTO!

R Alonso Avilés (1), M Jimeno Asensio (1), A Gómez de Diego (1), A Álvarez Hurtado (1), R Rodríguez Borrego (2), J Moche Loeri (3), O Martínez Medina (3)

(1) Hospital Clínico Universitario de Valladolid, (2) Hospital Clínico Universitario de Salamanca, (3) Hospital Universitario Río Ortega. Valladolid

Palabras Clave: levetiracetam, lacosamida, estatus

Objetivos:

Las crisis comiciales representan aproximadamente el 1-2% de las urgencias médicas y dado el daño neurológico irreversible que puede llegar a provocar la aparición de un *status epilepticus*, se crea la necesidad de buscar aquel fármaco antiepiléptico (FAE) o combinación de ellos para encontrar una respuesta rápida, eficaz, segura, pocos efectos adversos y sin interacciones medicamentosas.

Material o pacientes y método:

Las variables recogidas en este análisis son: edad del paciente, sexo, antecedentes de epilepsia, tipo de crisis, tratamiento recibido, tiempo de actuación del tratamiento (en minutos), tiempo en observación (en horas), éxito terapéutico, ingreso en planta, ingreso en UVI y efectos adversos. Se recoge una $n = 245$ pacientes entre los hospitales: Clínico Universitario de Valladolid y de Salamanca, Río Ortega de Valladolid. Se realiza un análisis descriptivo de las variables recogidas. Las variables cualitativas se analizan mediante frecuencias absolutas y porcentajes, mientras que las variables cuantitativas se estudian a través de la media, desviación estándar, mediana, mínimo, máximo, IC95% (o P25-P75) y nº de casos válidos. Para comparar las variables cualitativas se utiliza el test chi-cuadrado. Para comparar las variables cuantitativas se utiliza el test de Mann-Whitney o el test de Kruskal-Wallis. El nivel de significación se establece en el 5%.

Resultados:

El tiempo medio de actuación de un FAE o combinación es de 30 minutos. Se observan diferencias significativas en aquellos pacientes donde se usa Lacosamida y/ó Levetiracetam en monoterapia o como terapia concomitante que en aquellos donde no se usa, permitiendo una rápida y segura recuperación del paciente, evitando el ingreso en planta alrededor del 70% y una tasa de ingreso en UVI del 8%.

Conclusiones:

El uso de Levetiracetam y, sobretudo, Lacosamida se alzan como las mejores herramientas terapéuticas ante la crisis comicial (en cualquiera de sus formas) dada su rapidez, eficacia y seguridad dentro del ámbito de las urgencias hospitalarias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

O-461

VENDAJE COMPRESIVO TRAS PUNCIÓN ARTERIAL EN URGENCIAS: IMPLEMENTACIÓN DE UNA NUEVA TÉCNICA

N Ramos Miranda, ML Díaz Lueiro, MB García Sánchez,
R Fernández Bordallo, AI Magán Martín (1), LM Martín Núñez,
R Timón López

Hospital Nuestra Sra. del Prado. Talavera, Las Herencias, Toledo

Palabras Clave: análisis de los gases en sangre, vendajes de compresión, arteria radial

Objetivos:

En las unidades de Urgencias se realizan innumerables punciones arteriales para diagnóstico o valoración de la evolución clínica de pacientes. La compresión para la hemostasia que tradicionalmente se aplica en Urgencias tiene limitaciones y presenta habitualmente complicaciones secundarias. Tras observar la técnica de compresión utilizada en Hemodinámica en las punciones de arteria radial y comprobar los buenos resultados de la misma, con catéteres de mucho mayor calibre que los utilizados en Urgencias, nos planteamos la posibilidad de utilizar dicha técnica para realizar la hemostasia en punciones radiales y cubitales, llevando a cabo el siguiente estudio que nos permitirá evaluar el beneficio para el paciente, sin incrementar la carga de trabajo ni los costes, mejorando la calidad de los cuidados que recibe el mismo.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo observacional transversal, sobre una muestra de 345 pacientes. Estudio piloto sobre una muestra de 32 pacientes. Recogida de datos (Access2003), análisis de datos (SPSS13.0). Pacientes mayores de 18 años en observación a los que se les realiza punción arterial radial o cubital para análisis de los gases en sangre. Variables analizadas: edad, sexo, antecedentes médicos y fármacos que puedan alterar la coagulación, valores analíticos, zona de punción, tipo de compresión, hora de inicio de la misma, comprobaciones y retirada. Existencia de sangrado, hematoma y/o decúbito.

Resultados:

En el estudio piloto encontramos los siguientes resultados: Sangrado: El 75% de los pacientes no tienen sangrado en la primera hora, del 25% restante un 18% estaba medicado (AAS, dicumarínicos). Ningún paciente presentó sangrado a las dos horas. Hematoma: El 28% presentan hematoma, de los cuales un 21% estaba medicado (AAS, dicumarínicos). Valorando la hemostasia tradicional como entidad, el 80% de los pacientes con esta técnica presenta hematoma que evoluciona entre la primera y segunda hora, mientras que solo el 18% de la compresión de hemodinámica lo presenta, sin evolución. Decúbito: ningún paciente.

Conclusiones:

Con este estudio queda demostrado que la aparición de complicaciones con la técnica importada de la Enfermería de Hemodinámica se reduce hasta en un 80%, no viéndose incrementados ni la carga de trabajo, ni los costes. Se aprecia un notable beneficio y una gran mejora en la calidad de los cuidados prestados a los pacientes.

P-462

VALOR PREDICTIVO DE MALOS RESULTADOS A 180 DÍAS DEL ALTA DE UNA VALORACIÓN FUNCIONAL ABREVIADA Y SU CONCORDANCIA CON EL ÍNDICE DE BARTHEL EN PACIENTES ANCianos INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA (UCE) DE URGENCIAS

C Fernández Alonso, J Perdigonés, I Jiménez Santana,
L Fernández Hernández, M de la Cruz García (2), FJ Martín Sánchez

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Palabras Clave: valor predictivo al alta, valoración funcional abreviada, concordancia con índice de Barthel

Objetivos:

Determinados aspectos funcionales se asocian a malos resultados al alta de urgencias. El Índice de Barthel es una herramienta diagnóstica estandarizada para medir las actividades básicas de la vida diaria. Hasta la fecha no disponemos de herramientas de valoración funcional más abreviadas adaptadas a Urgencias.

Material o pacientes y método:

Estudio analítico observacional de cohorte prospectivo que seleccionó a todo paciente mayores de 75 años ingresados en una Unidad de Corta Estancia (UCE) de Urgencias durante 3 meses. Se calculó la VF_a, la cual, consiste en una valoración funcional subjetiva tricotómica de las ABVD del paciente y el Índice de Barthel, tanto basal como al ingreso. La variable resultado fue presentar algún resultado adverso (deterioro funcional, muerte o reingreso por cualquier causa) a los 180 días del alta.

Resultados:

Se incluyeron 179 pacientes de 83 (80-87) años. 82 (45,6%) pacientes presentaron algún resultado adverso a los 180 días tras el evento índice. La VF_a basal (OR 3,12, IC 95% 1,09-8,92, $p=0,032$) y sobre todo al ingreso (OR 5,89, IC 95% 1,97-17,6, $p<0,001$) identifican al anciano de riesgo. La concordancia con el IB (Independiente con $IB>90$, Parcialmente Dependiente con $IB 90-60$ y Dependiente con $IB<60$) fue muy buena basal (índice Kappa ponderado por pesos cuadráticos de 0,85, IC 95% 0,79-0,92, $p<0,001$.) y buena al ingreso (índice Kappa 0,73, IC 95% 0,64-0,81, $p<0,001$).

Conclusiones:

La VF_a podría ser una herramienta de ayuda y alternativa al IB para detectar al anciano que tiene un resultado adverso a 180 días tras ser dado de alta de una UCE de Urgencias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

O-463

CONTROL DE GLUCEMIA COMO DETERMINANTE PRONÓSTICO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA ATENDIDOS EN UNA UCE

LM Matus, M Peiró-Camaro Adán, L Mateo Sánchez,
C Clemente Vallejo, R Perales Muñoz, R Cuervo Pinto

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Palabras Clave: unidad de corta estancia, insuficiencia cardiaca, hiperglucemia

Objetivos:

El control glucémico en cifras entre 140 mg/dl-180 mg/dl ha mostrado ser un factor de buen pronóstico intrahospitalario. Considerando la importante prevalencia de la DM en pacientes con Insuficiencia cardiaca (ICA) en estos pacientes dicho control es especialmente relevante. Se desconoce sin embargo si en pacientes con ICA dados de alta desde la UCE el adecuado control glucémico puede influir en el pronóstico intrahospitalario en una unidad con estancias medias inferiores a 72 horas

Material o pacientes y método:

Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a todos los pacientes ingresados en la UCE por ICA en los años 2012-2014 con antecedentes de DM o que durante el ingreso presentasen una NHG (al menos una medición de glucemia basal > 126mg/dl o aleatoria > 180mg/dl). Se agrupó a los pacientes en aquellos que consiguieron objetivos de glucemia durante el ingreso (grupo 1) y los que no (grupo 2). Se recogieron datos demográficos, analíticos, clínicos y de días de estancia en los dos grupos.

Resultados:

Se incluyeron un total de 540 pacientes, 198 (36,7%) en el grupo 1 y 342(63,3% en el grupo 2. La distribución por sexos fue similar en ambos grupos, la edad media fue de 78,4 años (DE12,55) en el grupo 1 y 80,0 (DE10,85) en el grupo2 (p=NS). No existieron diferencias en cuanto a antecedentes clínicos (HTA, dislipemia, ICC) excepto en cardiopatía isquémica previa que fue más frecuente en el grupo 1. La comorbilidad, función renal y cifra de NTproBNP fueron mayores en los tres casos en el grupo 1 que en el grupo 2 (p<0,05 para todos los casos). La estancia media fue de 1,96 días (DE1,21) en el grupo 1 y de 2,33 (DE1,42) en grupo 2 (p=0,002)

Conclusiones:

Pese a un perfil clínico más grave y con mayor comorbilidad, en los pacientes DM o con NHG ingresados por ICA en la UCE en los que se controló la glucemia se consiguió una reducción de la estancia media respecto a los que los objetivos de glucemia no fueron conseguidos.

P-464

PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

MP Fraguas Reverendo, R Palacios García, M del Olmo Morales,
MB Arciniega Salazar, V Hidalgo Sedano, AI Vélez Castilla

Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: diagnóstico, ingreso, UCE

Objetivos:

El perfil del paciente que se beneficia de ingreso en UCE es aquel con un proceso que presumiblemente puede ser alta en un plazo menor a 72 horas, y que no reúne características de inestabilidad o gravedad.

Material o pacientes y método:

Analizamos de forma retrospectiva los datos correspondientes a ingresos en U. C. E. procedentes del Servicio de Codificación y Documentación Clínica del Hospital. Se incluye la totalidad de los pacientes ingresados en la U. C. E. analizando los diagnósticos de ingreso en función del GRD. Valoramos cuál ha sido la evolución de los diferentes diagnósticos del ingreso en UCE a lo largo de estos 3 años.

Resultados:

De las diez principales patologías ingresaron en la U. C. E. la principal ha sido en los tres años la insuficiencia cardiaca, seguido de exacerbación de EPOC y otras enfermedades respiratorias, infecciones del tracto urinario y pielonefritis, neumonías, asma bronquial, etc. Aunque los diagnósticos principales se mantienen constantes en los tres años de funcionamiento de la U.C.E., destaca la concentración de los mismos con la madurez de funcionamiento de la unidad. Mientras que el primer año, casi la mitad de los diagnósticos estaba en otros diagnósticos? aparte de los diez primeros, el último año este apartado ha descendido al 18%, lo que indica una mayor precisión en el perfil del paciente que cumple los criterios de ingreso en una Unidad de Corta Estancia.

Conclusiones:

Desde su puesta en funcionamiento, los diagnósticos de nuestros pacientes van concentrándose en un grupo principal de patologías entre las que destacan la insuficiencia cardiaca, junto con la patología respiratoria y las infecciones urinarias. Entre estos tres grupos comprenden más del 75% del total de pacientes ingresados el último año.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-465

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES ADULTOS CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

V Carbajosa Rodríguez, R López Izquierdo, AL Martins da Silva, S Calvo Sardón, F Moussa Abdi, R Lobo Valentín

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Palabras Clave: insuficiencia renal, urgencias, creatinina

Objetivos:

La insuficiencia renal aguda (IRA) es un deterioro rápido del filtrado glomerular en horas a días. Es una entidad frecuente entre población anciana pero se desconoce su epidemiología entre la población adulta en los Servicios de Urgencias hospitalarios (SUH).

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo. Ámbito: SUH. Criterios inclusión: pacientes 18-65 que acudieron primer semestre 2015 al SUH y presentaban cifras de Cr 2mg/dl en pacientes sin Enfermedad Renal Crónica (ERC) y cifras de Cr ≥2mg/dl en ERC con una variación de Cr 1 mg/dl respecto al último valor de creatinina registrado. Variables: Edad, Grupo edad (GE): 18-49, 50-65, Género, Índice Charlson (ICH), ERC, HDM, HTA, Hepatopatía, Cardiopatía, Neoplasia, Motivo consulta (MC), Causa IRA, ingreso hospitalario (IH). Comparación variables: Chi-cuadrado. Software: SPSS 20.0. $p < 0,05$.

Resultados:

N: 62. Mediana: 60,0(22-65). GE: 18-49: 25,8%, 50-65: 74,2%. Varón: 71,0%. GE/Género: 18-49: Varón: 62,5%, 50-65: Varón: 73,9%, $p > 0,05$. ICH: Comorbilidad Alta: 78,7%. GE/Comorbilidad: Alta: 18-49: 43,8%, 50-65: 91,1%, $p < 0,001$. ERC: 22,6%, diálisis previa: 4,0%, DM: 19,7%, HTA: 59,7%, Hepatopatía: 19,7%, Cardiopatía: 14,5%, Neoplasia: 21,0%. ERC/GE: 18-49: 31,2%, 50-65: 19,6% $p > 0,05$. MC: Digestivos: 26,7%, Urinarios: 10,0%, Lumbalgia: 11,7%, Disnea: 10,0%, Neurológicos: 8,3%, Síndrome Constitucional: 8,3%, Hallazgo casual: 8,3%, Hemorragia: 6,7%, Fiebre: 5,0%, Otros: 5,0%. Síntomas/ERC (3 prevalentes): ERC: Sd constitucional: 21,4%, Disnea: 14,3%, Hallazgo casual: 14,3%. No ERC: Digestivos: 32,6%, Lumbalgia: 13,0%, Urinarios: 10,9%, $p > 0,05$. Causa IRA: Prerenal: 61,3%, Renal: 14,5%, Postrenal: 14,5%, mixta: 4,8%, desconocida: 4,8%. Ingreso: 85,5%. Ingreso/Causa: Prerenal: 89,5%, renal: 77,8%, Postrenal: 88,9% $p > 0,05$.

Conclusiones:

Los pacientes adultos con IRA pertenecen al GE más avanzado siendo mayoritariamente varones. Son pacientes con importante comorbilidad que estratificando esta aumenta de forma significativa con la edad. Un pequeño porcentaje de ellos tiene ERC y muy pocos tienen ERC avanzada. El principal MC en aquellos sin ERC son los síntomas digestivos mientras que los que tienen ERC consultan más por síndrome constitucional. La causa más frecuente de IRA es la prerenal. Los pacientes con IRA precisan IH en la mayoría de los casos siendo el SUH el lugar donde ha de realizarse la sospecha diagnóstica inicial y hacerse un adecuado diagnóstico diferencial de la causa que lo origina.

O-466

MORTALIDAD DE LOS PACIENTES ADULTOS QUE PRESENTAN INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

R López Izquierdo, AL Martins Da Silva, S Calvo Sardon, V Carbajosa Rodríguez, F Moussa Abdi, R Lobo Valentín

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Palabras Clave: insuficiencia renal aguda, urgencias, mortalidad

Objetivos:

La mortalidad de pacientes con Insuficiencia Renal Aguda (IRA) entre la población adulta que llega a los Servicios de Urgencias Hospitalario (SUH) es desconocida. Es importante conocer los Factores de Riesgo precoces que influyen en la misma.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo. Ámbito: SUH. Inclusión: pacientes 18-65 años que acudieron durante primer semestre 2015 al SUH y presentaban cifras de Cr 2mg/dl en pacientes sin Enfermedad Renal Crónica (ERC) o variaciones de Cr 1mg/dl en ERC respecto al último valor de creatinina registrado. Variable dependiente: M30. Variables independientes: Edad, Género, Índice Charlson (ICH), Enfermedad renal (ER), DM, HTA, Hepatopatía, Cardiopatía, Neoplasia, TAS (<90), alteración conciencia, nivel Cr (2-4mg/dl, >4mg/dl), urea (>150), lactato (>4), Ph (<7,20). Comparación variables univariante: U-Man Whitney, Chi-cuadrado, estadístico exacto de Fisher. Estudio multivariante: regresión logística. cálculo del Área bajo la curva (ABC) de la curva de rendimiento diagnóstico (ROC) creada mediante regresión logística. Software: SPSS 20.0. $p < 0,05$.

Resultados:

N: 62. Mediana: 60,0(22-65). Varón: 71,0%. M30: 12(19,4%). Edad Mediana M30: 63(57-65), Mediana No M30: 58(22-65) $p < 0,05$. Variables cualitativas analizadas/M30, $p < 0,05$: Neoplasia: 46,2%, alteración mental: 62,5%, AINES: 41,2%, Anticoagulado: 50,0%. Variables analizadas/M30, $p > 0,05$: Género: varón 22,7%, mujer: 11,1%, ERC: 14,3%, DM: 25,0%, HTA: 18,9%, Hepatopatía: 25,0%, Cardiopatía: 11,1%, ICH: alta: 23,0%, Cr 2-3,99: 17,9%, >4: 21,7%, Urea >150: 32,0%, Ph <7,20: 42,9%, Lactato >2: 25,0%, TAS <90: 22,2%, Diuréticos: 18,2%, IECAS: 27,8%, Prerenal: 8 (21,1%), renal: 1 (12,5%), postrenal: 2 (22,0%), mixto: 1 (33,3%). Análisis multivariante: Neoplasia: OR: 21,4 IC95% (1,7-265,7) $p < 0,05$, AINES, Anticoagulado, Alteración mental, Edad $p > 0,05$. ABC Curva ROC del modelo multivariante: 0,92 IC95% (0,84-1,00), $p < 0,05$.

Conclusiones:

La M30 de los pacientes adultos con IRA en SUH es elevada. Los factores asociados son: edad elevada, neoplasia, alteración mental, tomar AINES, Anticoagulación. En análisis multivariante sólo se observó que padecer neoplasia se asoció con M30 de forma independiente. El modelo obtenido para predecir la mortalidad de estos pacientes presenta un ABC muy alta por lo que podría ser utilizado con gran fiabilidad. Se necesitarían estudios de mayor tamaño muestral para contrastar los resultados obtenidos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-467

ASPECTOS LEGALES EN LA ATENCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

RM Cárdbaga García (1), L Fadrique Millán (2),
I Cárdbaga García (3), J Martínez Piedra (4)

(1) UME Segovia. GESACYL, (2) Hospital Río Hortega. Valladolid,
(3) Complejo Hospitalario de Segovia, (4) UME Segovia. Cuéllar,
Segovia

Palabras Clave: legislación y jurisprudencia, servicios médicos de urgencia, ética

Objetivos:

Los profesionales sanitarios de los Servicios de urgencias y emergencias tienen una responsabilidad legal. Los actos y omisiones castigados por la ley conllevan consecuencias civiles, administrativas, penales y laborales.

Material o pacientes y método:

Se realiza una revisión narrativa de la literatura. La búsqueda se lleva a cabo en bases de datos electrónicas: Pubmed, Cochrane y CINAHL desde enero del 2000 hasta diciembre de 2015. Se han incluido estudios en lengua inglesa y española.

Resultados:

Los principales aspectos legales en urgencias y emergencias se clasifican en: 1. Aspectos relativos al usuario: secreto profesional y consentimiento informado. 2. Aspectos relativos al profesional: agresiones y reclamaciones en el ejercicio profesional. Además, debemos tener en cuenta que algunos aspectos no son fácilmente resueltos y se convierten en dilemas éticos sin una base legal clara que los respalde, tal como la iniciación y suspensión de maniobras de reanimación, posible paciente donante, traslados e ingresos involuntarios en pacientes psiquiátricos, cumplimentación no del certificado de defunción y asistencia al paciente menor de edad.

Conclusiones:

Evaluar y reconocer los aspectos legales en la asistencia urgente es muy útil para no incurrir en una acción u omisión que esté penada por ley. Íntimamente ligada a la legislación está la ética profesional, y la combinación de ambas nos permite resolver disyuntivas que pueden surgir en la asistencia urgente y emergente.

P-468

ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DE INGRESOS EN MEDICINA INTERNA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

A Hernández Marcos, M Jordán Domingo, M Bastarós Bretos,
M Rubio Gómez, M Lubian Martínez, S Trueba Insa,
JA García Noain

HCU Lozano Blesa. Zaragoza

Palabras Clave: internal medicine, income, adjustment

Objetivos:

La hospitalización de pacientes es en ocasiones innecesaria y comporta un perjuicio en la calidad asistencial en la mayoría de sus dimensiones.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo, revisando los ingresos desde Urgencias en Medicina Interna durante el año 2014, y comprobando su adecuación mediante la utilización de los 16 criterios del AEP validados para España. Para calcular el tamaño muestral de los 3379 ingresos se asumió un porcentaje de estancias inadecuadas del 20 %, un error admisible de 5 %, y nivel de confianza del 95%.

Resultados:

Se analizaron 214 ingresos con una mediana de edad de 83 años, el 85% mayores de 70 años, y distribución por sexos pareja (50%). El nivel de prioridad asignado en el triaje predominante fue el III con un 45%, seguido del IV con 35%. La mediana de estancia fue de 8 días con un número de días de estancia adecuada de 6. El destino de los pacientes fue el alta a domicilio en el 90% de los casos, con un porcentaje de exitus del 7,5%. El 96% de los ingresos cumplían el menos un criterio del AEP para considerarlos como adecuados. El más frecuente (93%) fue la recepción de medicación endovenosa o reposición con fluidos, la administración de O₂ nasal (59%), existencia de cifras de tensión arterial anormal (14%), la alteración electrolítica o ácido/base severa (12%), la existencia de un síndrome confusional agudo (8%), y la hipertermia mantenida o frecuencia cardiaca anormal (4%). Los ingresos no adecuados presentaban un nivel de prioridad el triaje de V (12,5%) IV (38%), III (38%) y II (12,5%), mientras que los adecuado de V (1%), IV (34%), III (44%) y II (20%), con $p=0,0004$. Los ingresos sin criterios de adecuación tenían una edad significativamente menor, 64 frente a 80 años, con $p=0,0009$.

Conclusiones:

Observamos un elevado porcentaje de ingresos con adecuación. Los no adecuados presentan un nivel más bajo de prioridad en el triaje y una menor edad.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

O-469

ESTRATEGIA MULTIMARCADOR EN LA CAPACIDAD PRONÓSTICA A CORTO PLAZO EN PACIENTES DADOS DE ALTA DIRECTAMENTE DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS POR UN EPISODIO DE INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

R Cenjor Martín, EM Cano Cabo, M Cordero Cervantes, EM Prieto Piquero, M García García, P Herrero Puente

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Palabras Clave: insuficiencia cardiaca, biomarcadores, mortalidad

Objetivos:

La utilización de biomarcadores que den información sobre distintos aspectos de la fisiopatología de la insuficiencia cardiaca aguda (ICA) puede ayudar a determinar el pronóstico precoz de estos pacientes y tendría una marcada utilidad en su manejo y en las decisiones de alta o ingreso.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, cohortes prospectivo, multicéntrico sin intervención de pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias por un episodio de ICA definida por los criterios de Framingham. Se analizaron a los dados de alta sin ingreso hospitalario. Variables: mortalidad en los 14 y 30 días tras la atención, edad, sexo, HTA, diabetes mellitus, dislipemia, enfermedad cardiovascular establecida (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca previa, accidente cerebro-vascular), enfermedad pulmonar obstructiva crónica, deterioro funcional medido por la escala de Barthel, grado funcional basal para disnea NYHA III-IV, presencia de anemia, presión arterial sistólica, saturación arterial de oxígeno a su llegada a urgencias, niveles de urea, filtrado glomerular estimado, glucosa, hemoglobina, NTproBNP, MRproADM y Copeptina. Se utilizaron las pruebas estadísticas habituales y se calcularon las áreas bajo la curva (AUC).

Resultados:

Se incluyeron 547 individuos, 139 (25.4%) fueron dados de alta directamente sin ingreso (54.7% mujeres, edad media 80.2 (8.97) años). Se registraron 4 (2.9%) muertos a 14 días y 5 (3.6%) a 30 días. Los valores al ingreso de troponinas normalizadas fueron: 1.4 (0.93-2.56), MRproADM 1.54 (1.07-2.12) nmol/L, NTproBNP 2622 (1124-6125) pmol/L y copeptina 24.8 (15.02-49.04) pmol/L. Los valores de todos los biomarcadores fueron más elevados en los pacientes fallecidos aunque sin diferencias significativas. La combinación copeptina más MRproADM es la que tiene una mejor capacidad predictiva de mortalidad a 14 días: AUC 0.80 (IC95% 0.62-0.93) $p=0.04$, y a 30 días: AUC 0.78 (IC95% 0.66-0.90) $p=0.03$.

Conclusiones:

Aunque la muestra es pequeña, la utilización de una estrategia que incluya varios biomarcadores en pacientes con ICA dados de alta directamente desde Urgencias puede ser útil en la predicción del riesgo de mortalidad a corto plazo.

P-470

MANEJO DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN/FLUTTER AURICULAR Y VALVULOPATÍA SIGNIFICATIVA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE ARAGÓN. ESTUDIO SARA IV

V Estabén Boldova (1), C Garcés San José (1), JE Alonso Formento (1), MJ Pueyo Morer (1), C Montesa Lou (2), M Muñoz Pintor (3)

(1) Urgencias. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza,

(2) Urgencias. Hospital Ernest Lluch de Calatayud, (3) Urgencias.

Hospital General San Jorge. Huesca

Palabras Clave: atrial fibrillation, atrial flutter, heart valve diseases

Objetivos:

La cardiopatía valvular es un factor importante asociado a la aparición de una fibrilación auricular (FA) o de un flutter auricular (FLA). La presencia de valvulopatía condiciona la elección del anticoagulante en estos pacientes.

Material o pacientes y método:

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de aquellos pacientes mayores de 14 años atendidos en los Servicios de Urgencias del SALUD, con un diagnóstico de FA/FLA, durante los últimos 6 meses de 2012 a 2015. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de la historia clínica informatizada del paciente.

Resultados:

Del total de 6688 pacientes un 8,5% (572) tenían valvulopatía significativa, es decir prótesis biológica o metálica o valvulopatía mitral significativa. De estos la mayoría eran mujeres (61,4%). La edad media fue de 74,63 años. De estos 572 pacientes hay un predominio de mujeres, más relación con episodios de insuficiencia cardíaca (18,2% vs 6,6%), un CHA2DS2-VASC más elevado, menos reversión a ritmo sinusal (6,7% vs 10,4%) y mayor porcentaje de ingreso (11,2% vs 6,7%). Sin embargo no hemos encontrado relación con los ictus/AIT, con el tipo de arritmia (FA/FLA), ni con un mayor riesgo hemorrágico en la escala HASBLED. Con respecto a la edad no se ve una clara relación, siendo el grupo etario con más valvulopatías el de 70-75 años (11,6%). Con respecto al anticoagulante elegido en un 45,1% se utilizaron antagonistas de la vitamina K, en un 3,5% anticoagulantes de acción directa, en un 6,8% heparinas de bajo peso molecular, en un 3,7% antiagregantes y en un 15% no se utilizó profilaxis tromboembólica.

Conclusiones:

La existencia de valvulopatía significativa en los pacientes con FA/FLA se da más frecuentemente en mujeres, con insuficiencia cardiaca, y alto riesgo tromboembólico. Son pacientes con más ingresos. Destaca que en un 18,7% de ellos no fueron anticoagulados.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

O-471

PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA DE LA FIBRILACIÓN Y FLUTTER AURICULAR ATENDIDAS EN URGENCIAS

MF Barcones Molero (1), M Avellana (2), JE Alonso (3), MJ Pueyo (3), C Garcés (3), V Estabén (3)

(1) Centro de Salud Torre Ramona. Hospital Universitario Miguel Servet, (2) Centro de Salud San José. Hospital Universitario Miguel Servet, (3) Urgencias. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Palabras Clave: arritmia, anticoagulantes, profilaxis

Objetivos:

La fibrilación auricular (FA) y el flutter auricular (FLA) son las arritmias cardíacas sostenidas más frecuentes en la población. Por sus consecuencias, están muy presente en la práctica clínica diaria, tanto por el desarrollo de síntomas como por el deterioro en la capacidad funcional de los pacientes o la afectación de su calidad de vida.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de la profilaxis tromboembólica de todos los pacientes diagnosticados de FA/FLA en cualquiera de sus modalidades, en urgencias de nuestro hospital en los últimos seis meses de 2012 a 2014.

Resultados:

De los 268863 pacientes, 55,95% son varones, con edad media de 75 años (mínima 23 años, máxima 104 años). La prevalencia total de FA/FLA es del 0,73% (86,3 % vs 13,4%), siendo mayor en mujeres que en varones (1% y 0,62% respectivamente). Un 84,6% tienen un CHA2DS2-VASc de dos ó más, un 6,1% de uno, y un 9,3% de cero. Con respecto al HAS-BLED un 26,9% tienen tres ó más puntos. Con respecto a la anticoagulación de los pacientes con estas arritmias, previa a su asistencia en urgencias, un 40,3% no toman profilaxis tromboembólica, un 21,8% toman antiagregantes y un 37,5% anticoagulantes. Al alta un 10,8% están antiagregados, y un 72,8% anticoagulados, la mayoría (69,78%) con antagonistas de la vitamina K. Al comparar la escala CHA2DS2-VASc con la profilaxis tromboembólica utilizada destaca que de aquellos con una puntuación de 0, un 28,6% están anticoagulados. De los que tenían una puntuación de dos ó más, un 12,2% no se van con tratamiento antiagregante ni anticoagulante. La antiagregación se utiliza en un 9,8% de los casos con CHA2DS2-VASc de dos ó más y en un 12,5% de CHA2DS2-VASc de uno. De los que se ha comenzado la anticoagulación en urgencias, a un 63,1% se prescribe antagonistas de la vitamina K, a un 13,4% heparinas de bajo peso molecular, y al resto anticoagulantes de acción directa.

Conclusiones:

Debemos calcular siempre las escalas de riesgo tromboembólico y hemorrágico y administrar anticoagulación a no ser que haya alguna contraindicación.

O-472

PROGRAMA DE RECONOCIMIENTO PRECOZ DE CARDIOPATÍAS SUSCEPTIBLES DE GENERAR MUERTE SÚBITA EN DEPORTISTAS JÓVENES

AA de Blas de Blas (1), MI Casado Flórez (1), MC Barneto Valero (1), MJ García-Ochoa Blanco (1), E Pastor González (1), E Corral Torres (1), I Canales Corcho (2)

(1) SAMUR-Protección Civil. Madrid, (2) SUMMA I 12. Valdemoro, Madrid

Palabras Clave: muerte súbita, síncope, screening

Objetivos:

La muerte súbita durante el ejercicio (MSE) es una causa poco frecuente de Parada Cardiorrespiratoria, pero tiene un especial impacto a nivel social y científico, sobre todo cuando ocurre en personas jóvenes, supuestamente sanas y que son un ejemplo para toda la población. Siendo constantes los avances en la investigación en este campo, se hace imprescindible implantar un programa de screening precoz en personas jóvenes que sufren síncope de esfuerzo, que es considerado un posible predictor de MSE.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo del procedimiento de coordinación implantado y de los primeros resultados obtenidos con los pacientes incluidos en él.

Resultados:

Entre noviembre de 2015 y febrero de 2016 se han incluido 7 pacientes en estudio, con edades comprendidas entre 15 y 41 años, destacando que 2 de ellos son adolescentes de 15 años y uno más de 18. El tipo de actividad deportiva no parece ser un factor predictor potencial para desarrollar síncope de esfuerzo. Sólo en uno de los casos el síncope se acompañó de dolor torácico. Los resultados de las pruebas que se han realizado en el hospital (ecocardiograma transesofágico, resonancia magnética, analíticas generales, etc.), son todos negativos o dentro de rangos de normalidad, aunque aún no están disponibles las pruebas genéticas.

Conclusiones:

El protocolo de detección precoz de pacientes susceptibles de sufrir MSE, tras haber sufrido un síncope o presíncope durante la práctica de ejercicio o en los 30 minutos posteriores, ha comenzado a funcionar detectándose número escaso de casos en parte justificado por la incorrecta adhesión al procedimiento, trasladando a dos pacientes a hospitales diferentes al incluido en el estudio y también porque, recordemos, la MSE es un problema muy grave y de gran repercusión social, pero poco frecuente. Es evidente que los deportistas de Madrid se beneficiarán de un protocolo de detección precoz muy exhaustivo y exigente, que detectará y prevendrá casos susceptibles de sufrir muerte súbita durante el ejercicio.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

O-473

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS COMORBILIDADES ASOCIADAS A LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA DE LOS PACIENTES QUE CONSULTAN EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS

P Lázaro Aragüés, JA Sánchez Nicolás, MP Suárez Beke, JL Otero Uribe, R Quintanilla López, P Piñera Salmerón

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

Palabras Clave: heart failure, emergency department, comorbidity

Objetivos:

La insuficiencia cardiaca aguda es un motivo de consulta habitual en los servicios de urgencias (SU), y la principal causa de hospitalización en ancianos. Con una elevada mortalidad y gran número de reconsultas que tienen impacto tanto a nivel económico como en la salud de los pacientes que consultan en los SU.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, descriptivo sin intervención que se realizó en pacientes que acudieron a nuestro SU por Insuficiencia Cardiaca Aguda (ICA) según los criterios de Framingham en el periodo comprendido entre el 2012-2014 eligiendo dos meses aleatorios por año. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años, con ICA y que den su consentimiento por escrito. Las variables a estudio fueron: Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM), Dislipemia (DLP), Cardiopatía Isquémica (CI), Enfermedad Renal Crónica (ERC), Fibrilación Arterial (FA), Arteriopatía, placas de ateromas en troncos supraaórticos, valvulopatías, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), demencia, neoplasia, cirrosis y la existencia o no de episodios de insuficiencia cardiaca previa.

Resultados:

Durante los meses seleccionados del 2012-2014 consultaron 119 pacientes por ICA de los cuales 115 pacientes (96,6%) eran HTA, 64 pacientes (53,7%) DM, 52 pacientes (43,6%) DLP, 45 pacientes (37,8%) CI, 48 pacientes (49,1%) ERC, 28 pacientes 23,5% ACV, 65 pacientes (54%) FA, 15 pacientes 12,6% arteriopatía de troncos supraaórticos, 24 pacientes 20,1% valvulopatías, 35 pacientes 29,4% EPOC, 20 pacientes 16,8% demencia, 17 pacientes 14,2% neoplasias, 1 paciente 0,84% cirrosis y 94 pacientes 78,9% ICC previa.

Conclusiones:

Las principales patologías asociadas a insuficiencia cardiaca aguda de mayor a menor frecuencia fueron HTA, episodios de FA previa a la consulta, diabetes, dislipemia y ERC. La existencia de un diagnóstico previo de insuficiencia cardiaca parecer ser un factor favorecedor de nuevos episodios de insuficiencia cardiaca aguda.

O-474

PACIENTES CON EVOLUCIÓN TÓRPIDA INGRESADOS POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA EN UNA UNIDAD DE SEMICRÍTICOS

JA Gutiérrez Zubiaurre, R Martín Horcajo, X López Altimiras, G Ormeño Victorero, F Muñoz Rodríguez, C Sanclemente Anso

Hospital de Mollet. Bigues, Barcelona

Palabras Clave: semicríticos, empeoramiento, respiratorio

Objetivos:

Revisamos las características de los pacientes ingresados en la Unidad de Semicríticos (USC), integrada en el Servicio de Urgencias, de un Hospital comarcal sin Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), con diagnóstico de insuficiencia respiratoria (IR) y que han precisado traslado a centro de referencia.

Material o pacientes y método:

Se analizan las características de los pacientes que han precisado traslado a partir de los datos recogidos en base de datos creada específicamente para registro de la actividad de la USC. Se procede al análisis estadístico con el paquete SPSS.

Resultados:

Del total de 328 pacientes ingresados por insuficiencia respiratoria, de enero de 2014 a enero de 2016, 29 (8,8%) han precisado traslado a centro de referencia por deterioro clínico. Al comparar los pacientes que han precisado traslado por evolución tórpida con el resto de pacientes, en los trasladados han predominado los varones (72,4 vs 59,4%), han sido más jóvenes (64,1 vs 69,2 años $p=0,06$), procedían de planta con más frecuencia (34,4 vs 19,9%), y la estancia media fue más corta (2,5 vs 4,06 días, $p=0,07$). El diagnóstico más frecuente fue la neumonía (41,4% vs 17,9%) y los pacientes con EPOC fueron los que requirieron menos traslados (5% vs 15%, $p=0,012$). Se diagnosticaron de neumonía 12 (41,4%) pacientes, descompensación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 5 (17,2%), sepsis grave de origen respiratorio 5 (17,2%), empiema 4 (13,8%) y tromboembolismo pulmonar 3 (10,3%), precisaron intubación orotraqueal (IOT) 21 (72,4%), recibieron ventilación no invasiva (VNI) 15 (51,7%) y recibieron VNI y precisaron IOT 13 (44,8%).

Conclusiones:

Los pacientes que precisaron traslado a centro de referencia mayoritariamente precisaron ventilación invasiva, en comparación con el resto de pacientes fueron varones con más frecuencia, más jóvenes, procedían de planta convencional y se diagnosticaron de neumonía con mayor frecuencia y de EPOC con menor frecuencia, el traslado fue precoz con estancias medias más cortas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

O-475

PERFIL CLÍNICO Y PRONÓSTICO A CORTO PLAZO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA Y ANEMIA

M Sánchez González (1), A Fernández Rodríguez (2),
R Houghton García (3), R Romero Pareja (4), P Llorens Soriano (5),
P Herrero Puente (1)

(1) Area de Urgencias. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, (2) Sección de Trombosis y Hemostasia. Servicio de Hematología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, (3) Servicio de Atención Médica Urgente (SAMU). Servicio de Salud del Principado de Asturias

Palabras Clave: insuficiencia cardiaca, anemia, pronóstico

Objetivos:

La anemia es frecuente en pacientes con IC y se ha relacionado su presencia con un aumento en su mortalidad.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico de pacientes con ICA, definida por criterios de Framingham, atendidos en SUH. Variables: presencia o no de anemia, mortalidad a 30 días, edad y sexo, factores de riesgo y enfermedad cardiovascular establecida, deterioro funcional medido por índice de Barthel (IB), grado funcional basal para disnea NYHA, frecuencias cardiaca y respiratoria, presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD), pruebas de laboratorio y tratamiento previo y urgente. Análisis estadístico: comparación de proporciones mediante ji-cuadrado, de medias por T-student y análisis multivariante mediante regresión de Cox.

Resultados:

Se incluyeron 8811 pacientes, tenían anemia 5004 (55,1%). Los pacientes con anemia tienen mayor edad (80,2 vs. 78,9 años, $p<0,001$), mayor deterioro funcional (IB <60 puntos, 25,4% vs 19,3%, $p<0,001$) y peor clase funcional (NYHA basal III-IV, 24,7% vs 20,4%, $p<0,001$). Tienen mas cardiopatía isquémica (33,2% vs 26,5%, $p<0,001$), más ACV (14,1% vs 11%, $p<0,001$), valvulopatía (29,1% vs 24,8%, $p<0,001$) e IC previa (64,5% vs 55,2%, $p<0,001$). Del tratamiento crónico, los pacientes con anemia reciben más diuréticos de asa (68,5% vs 62,1%, $p<0,001$), antiagregantes (38,5% vs 32,9%, $p<0,001$), estatinas (41% vs 36,3%, $p<0,001$) y nitratos (20,8% vs 15,7%, $p<0,001$). En la presentación de la ICA los pacientes con anemia tienen menor frecuencia cardiaca (FC >100 lpm, 21,7% vs 30,5%, $p<0,001$), menor PAS y PAD ($p<0,001$). El grupo de anemia tiene más plaquetas, mas hiponatremia, más frecuentemente un FGe <60 ml/min/1,73 m², e ingresaron mas ($p=0,001$). La mortalidad a 30 días es mayor en el grupo con anemia Hazard Ratio (HR) 1,35 (IC95% 1,10-1,66), $p=0,004$. Esta relación desaparece cuando se controlan el resto de variables, HR 1,07 (IC95% 0,87-1,31), $p=0,54$.

Conclusiones:

Los pacientes con ICA y anemia son mayores, tienen más comorbilidad, mayor deterioro de la función renal y un perfil cardiovascular diferente de los no que no presentan anemia. La relación anemia y mortalidad a 30 días está influenciada por estas características diferenciales.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-476

EL PACIENTE CON INFECCIÓN EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

R Palacios García, P Fraguas Reverendo, M Del Olmo Morales, V Hidalgo Sedano, MB Arciniega Salazar, AI Vélez Castilla

Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: infección, corta estancia, diagnóstico

Objetivos:

La rapidez y precisión en el diagnóstico y tratamiento influye decisivamente en una satisfactoria evolución del paciente con infección.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo, que incluye la totalidad de pacientes ingresados en la U. C. E. U. durante sus tres primeros años de actividad. Se analizan los diferentes diagnósticos al alta, centrándonos en los referentes a patología infecciosa, y otras variables tales como la estancia media, reingreso, mortalidad, etc, y su relación con la toma de muestras y la aplicación de tratamiento antibiótico, aspectos en los que la labor de enfermería cobra especial importancia.

Resultados:

De un total de 2752 pacientes dados de alta en la U. C. E. U. durante estos tres años, se han seleccionado 1268, como pacientes con un diagnóstico sugerente de infección, lo que representa un 53,32% del total de ingresos. Las infecciones más frecuentes han sido las infecciones respiratorias no condensantes: 344 (27,13%), las infecciones del tracto urinario y pielonefritis agudas: 342 (26,97%), las neumonías: 303 (23,89%) y otras infecciones: 279 (22%). La toma de muestras microbiológicas y la administración temprana de antibióticos, es determinante en la buena evolución clínica y la menor estancia hospitalaria.

Conclusiones:

Los distintos tipos de procesos infecciosos suponen un grupo de patologías con un amplio impacto en los servicios de Urgencias Hospitalarias y representan un elevado porcentaje de ingreso en las U. C. E. U. El ingreso del paciente con infección en U. C. E. U. aporta una serie de ventajas con respecto a la hospitalización convencional, reduciendo su estancia media, sin alterar indicadores de calidad como los reingresos o la mortalidad, y con una evolución positiva en su mayoría, con alta a domicilio en más del 90% de los pacientes.

O-477

ENFERMERÍA EN EL CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS SANITARIAS DE CASTILLA Y LEÓN

MM Morán Díaz (1), M Gómez-Escolar Pérez (1), A Benito Justel (2), J Martínez Bausela (1), J Abia González (1), JA Bañares Agustín (1), JJ García Cortés (1)

(1) Centro Coordinador de Urgencias de la Gerencia

de Emergencias Sanitarias de Castilla y León. Valladolid,

(2) UME Miranda de Ebro. Arroyo de La Encomienda, Valladolid

Palabras Clave: teléfono, enfermeros, urgencias médicas

Objetivos:

El Centro Coordinador de Urgencias Sanitarias de Sacyl (CCU-Sacyl), esta integrado por un equipo multidisciplinar, formado por 21 médicos, 9 enfermeros, y 20 gestores sanitarios, con diversas funciones, garantizando una rápida y eficaz respuesta ante las diversas llamadas de demanda asistencial urgente y emergente que se produce en el ámbito extrahospitalario y hospitalario, además de ofrecer información sanitaria en relación con los Programas Especiales puestos en funcionamiento por la Gerencia Regional de salud.

Material o pacientes y método:

Se diseña un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de las funciones y actividad del enfermero regulador en el CCU-Sacyl del 1 de enero de 2014 al 31 de diciembre de 2015.

Resultados:

Se atendieron 230889 llamadas en el Centro Coordinador de Urgencias de Castilla y León en 2014 frente a 253099 en 2015 (gestionadas por enfermería un 43,49% en 2014 y 39,75% en 2015. Se atendieron, gestionaron y realizaron el seguimiento de 83168 frente a 88214 peticiones de recurso por orden médica desde atención primaria, en 2014 y 2015 respectivamente (lo que supone un 36,02% frente 34,85% de las demandas en el CCU). Dentro de los programas especiales a cargo del personal de enfermería, se gestionaron 16165 y 20615 consultas telefónicas pediátricas en 2014 y 2015 (7% frente a 8,14% del global de llamadas), 5095 y 6307 traslados interhospitalarios dentro o fuera de la comunidad autónoma durante 2014 y 2015 respectivamente (2,2% y 2,49% del total de llamadas), 758 y 755 llamadas al respecto de técnicas propias de la enfermería (0,32% y 0,29% del total), 7 frente a 5 solicitudes de atención por parte de peregrinos del Camino de Santiago y 3 frente a 5 llamadas en las que se preguntaba sobre los niveles de polen atmosféricos.

Conclusiones:

El Enfermero Regulador en el CCU-Sacyl, es una parte imprescindible dentro del equipo multidisciplinar. Su actividad está aumentando gracias sobre todo a las consultas pediátricas atendidas, peticiones de recurso por orden médica y a la gestión de los traslados interhospitalarios.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

O-478

¿HASTA QUÉ PUNTO ES ÚTIL EL NT-PROBNP?

A Fernández Alonso (1), S García Gutiérrez (1), A Antón Ladislao (1),
A Freñán Martínez (1), R Palenzuela Arozena (2),
N Murga Malaxetxebarria (3), JM Armentia Bardeci (1)

(1) Hospital de Galdakao-Usansolo, (2) Hospital Donostia,
(3) Hospital Basurto. Getxo, Bizkaia

Palabras Clave: Nt-proBNP, insuficiencia cardiaca, ecocardio

Objetivos:

Mas del 80% de ingresos hospitalarios por insuficiencia cardiaca (IC) se hacen a través de los servicios de urgencias, por ello un diagnóstico y evaluación inicial correcta son claves para el manejo adecuado de esta patología. Aunque hace años que las guías de práctica clínica recomiendan la determinación de Nt-proBNP en pacientes con ICA en urgencias, por su valor predictivo negativo y su valor pronóstico, a día de hoy todavía hay muchos hospitales que no disponen de este biomarcador.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional de cohortes prospectivo. Se incluyeron 1824 pacientes mayores de 18 años que acudieron al servicio de urgencias del Hospital Galdakao-Usansolo, Donostia y Basurto entre 2011 y 2013 por ICA. Para evaluar las diferencias entre hospitales que disponen de Nt-proBNP y los que no, con respecto a la solicitud de ecocardiogramas y tiempo de ingreso hospitalario, se utilizarán el test de la chi-cuadrado y el test no paramétrico de Wilcoxon, respectivamente. Se asumirá significación estadística para $p < 0.05$.

Resultados:

En el Hospital con Nt-proBNP se ingresan el 72,03% de pacientes con IC, y en los que no lo tienen el 84.82%. La estancia hospitalaria es de 4 y 6 días de media respectivamente. Y los primeros piden ecocardio en el 41.25% de pacientes, frente a un 49.52% de los segundos. Todas estas diferencias son estadísticamente significativas.

Conclusiones:

El Nt-proBNP es útil en el manejo de la ICA en urgencias, ya que además de aportar información diagnóstica y pronóstica, permite reducir el número de ingresos hospitalarios, el número de ecocardiogramas solicitados y los días de ingreso hospitalario. De esta forma, se reduce el gasto sanitario, facilita el manejo a los profesionales médicos y mejora la seguridad y la comodidad del paciente.

O-479

ESTUDIO COMPARATIVO EN FUNCIÓN DE LA PRESENCIA DE LA INFECCIÓN COMO FACTOR PRECIPITANTE DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR ICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

MC Yáñez Palma, E Gutiérrez Madrid, E Rodríguez Adrada,
FJ Candel, M Méndez Bailón, J González del Castillo,
FJ Martín Sánchez

Instituto de Investigación Sanitaria. Hospital Clínico San Carlos (IdISSC). Madrid

Palabras Clave: insuficiencia cardiaca aguda, proceso infeccioso agudo, factores precipitantes

Objetivos:

Existen escasas evidencias sobre el perfil y resultados a corto plazo de los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda (ICA) en función de si el factor precipitante es o no un proceso infeccioso.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional de cohortes prospectivo con seguimiento a los 30 días. Se incluyeron los pacientes atendidos en urgencias del registro EAHFE HV pertenecientes al Hospital Clínico San Carlos. El registro EAHFE incluye pacientes con ICA, excepto aquellos con un SCAEST, según los criterios de Framingham, en 4 periodos de inclusión (1 mes 2007, 1 mes 2009, 2 meses 2011 y 2 meses 2014). Se recogieron variables demográficas, antecedentes personales, situación basal, clínicas y analíticas y tratamiento del episodio agudo, y de resultados a 30 días tras alta. La muestra se dividió en función del factor precipitante: Grupo 1 (G1): infección aguda, Grupo 2 (G2): otro proceso.

Resultados:

743 pacientes, de los cuales 284 (38,2%) el desencadenante fue un proceso infeccioso. Respecto al perfil hubo diferencias significativas a favor de la infección respecto la edad avanzada ($p=0,003$), la presencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica ($p<0,001$), demencia ($p=0,009$), IC previa ($p=0,027$), dependencia severa ($p<0,001$), NYHA III/IV basal ($p=0,012$), insuficiencia respiratoria ($p<0,001$), niveles de leucocitos ($p<0,001$) y PCR ($p<0,001$) y troponina positiva en urgencias ($p=0,021$), y lugar de ingreso ($p<0,001$). Se prescribió más frecuentemente en urgencias en los pacientes con infección, oxigenoterapia ($p=0,002$), diurético de asa en bolo frente perfusión ($p=0,049$), broncodilatadores ($p<0,001$), corticoides intravenosos ($p<0,001$), y antibióticos ($p<0,001$). En cuanto a los resultados, hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto la mediana de tiempo de estancia (G1: 8[RIC4-14], G2: 7[RIC2-11], $p=0,002$), la mortalidad intrahospitalaria (G1: 11,9%, G2: 3,8%, $p<0,001$), mortalidad global a los 30 días (G1: 6,1%, G2: 13,8%, $p=0,001$). Tras el ajuste por regresión logística la infección fue un factor independiente asociado a tiempo de estancia (β : 2,1, $p=0,023$) y mortalidad a 30 días (OR: 1,9, IC95%, 0,9-3,9).

Conclusiones:

El perfil del paciente atendido por ICA en urgencias con un factor precipitante infeccioso agudo podría tener un perfil clínico y pronóstico diferencial.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

O-480

FIBRILACIÓN AURICULAR COMO CAUSA DE DESCOMPENSACIÓN DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA

V Fernández Rodríguez (1), N Iribarren Lorenzo (1),
I Sánchez Díaz (1), M Álvarez Álvarez (1), MJ Pérez Durá (2),
J Jacob (3)

(1) Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (2) Hospital Universitario La Fe. Valencia, (3) Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona

Palabras Clave: atrial fibrillation, heart failure, emergency medicine

Objetivos:

Fibrilación auricular e insuficiencia cardiaca aguda (ICA) coexisten aumentando morbilidad y mortalidad, con el consiguiente impacto en recursos sanitarios.

Material o pacientes y método:

Estudio multicéntrico, de cohortes prospectivo, inclusión consecutiva de pacientes con ICA atendida en servicios de urgencias. El diagnóstico de ICA se hizo basándose en criterios de Framingham. Se seleccionaron pacientes con ICA sin antecedente de FA y se dividieron en: grupo FA rápida (FA-R) y grupo control. Variables: edad y sexo, antecedentes personales, grado funcional según la NYHA, datos del episodio clínico, parámetros analíticos, troponinas, péptidos natriuréticos, destino y mortalidad. Análisis estadístico: comparación de proporciones mediante ji-cuadrado, de medias por T-student.

Resultados:

. Se incluyeron 2210 pacientes, la FA-R fue causa desencadenante en 250 (11. 3%). El sexo femenino es más frecuente en el grupo FA-R (62. 8% vs. 52. 9% el control, $p=0.003$, la edad era 79. 5 (9. 9) años en el grupo FA-R y 78. 5 (11. 2) en el control, $p=0.17$. El grupo FA-R tenía menos DM, 44% vs 33. 7% el control, $p=0.002$, menos cardiopatía isquémica (18. 4% vs. 37. 5% el control, $p<0.001$), menos enfermedad renal crónica (12% vs 23. 2% el control, $p<0.001$), menos IC previa (32. 2% vs 57. 4 el control, $p<0.001$) y partía de un NYHA III(88,7%, $p<0.001$). El grupo FA-R recibía menos betabloqueantes (16% vs 32. 3% el control, $p>0.001$). Ambos tenían niveles similares de NTproBNP y troponinas positivas. El tratamiento urgente más usado era Digoxina (55. 6% FA-R vs. 4. 4% del control, $p<0.001$). El grupo FA-R pasaba más frecuentemente por Unidades de Observación (41. 9% vs 31% el control, $p=0.003$). La mortalidad a 7, 14 y 30 días era, 3. 8% grupo FA-R vs 4. 6% control, $p=0.54$, 5% vs. 7% control, $p=0.25$ y 6. 3% vs. 9. 9% control, $p=0.07$, respectivamente. El grupo FA reingresa menos a los 30 días (11. 4% vs 18. 3%, $p=0.003$).

Conclusiones:

Los pacientes con FA-R tienen menor prevalencia de antecedentes cardiovasculares previos. La FA rápida no aumenta probabilidad de ingreso ni mortalidad a corto plazo, conlleva un mayor paso por unidades de observación y reingresan menos.

P-482

SIN BAJAR LA GUARDIA EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR

E Fragero Blesa, D Fernández Vargas, CA Yago Calderón,
AJ Duarte Romero, E Rosell Vergara

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

Palabras Clave: arrhythmia, Brugada syndrome, atrial fibrillation

Objetivos:

Pacientes con Síndrome de Brugada (SB) tienen un riesgo incrementado de sufrir arritmias auriculares, sobre todo la fibrilación auricular (FA). La incidencia de fibrilación auricular en pacientes con síndrome de brigada es del 10 al 20% y, a su vez, la presencia de FA ha sido asociada con una presentación severa de enfermedad y mayor riesgo de sufrir fibrilación ventricular. La FA es la arritmia de presentación más frecuente en los Servicios de Urgencias (SU).

Resultados:

Varón de 42 años, sin alergias, fumador de diez paquetes/año, sin otros factores personales ni familiares de cardiopatía. Trasladado al Hospital por palpitaciones bien tolerada desde hace 2 horas. Estable hemodinámicamente, en electrocardiograma (ECG) taquiarritmia de QRS estrecho con eje izquierdo y morfología de Bloqueo Incompleto de Rama Derecha compatible con FA a 130 lpm. Estudio complementario y exploración anodina. Se procede a cardiovertir farmacológicamente con Flecainida intravenosa. A los 5 minutos, el paciente refiere encontrarse ¿mareado?, conservando hemodinámica. Se realiza ECG donde se confirma cardioversión a Ritmo sinusal, pero con alteraciones en repolarización de V1 a V3 compatible con SB tipo I. Se traslada a observación, donde recupera en ECG morfología original de la repolarización en las 6 horas siguientes. No hay elevación de marcadores de necrosis miocárdica a más de 12 horas del comienzo del cuadro. Valorado por Cardiología que, ante la presentación clínica y evolución (Asintomático, Morfología tipo I tras fármacos bloqueadores canales de Na y sin historia familiar de Muerte súbita), decide alta y seguimiento en la Unidad de Arritmias para completar estudio y seguimiento, acorde a protocolos de consenso.

Conclusiones:

Aunque el SB tiene una baja prevalencia, la alta incidencia de la FA y su manejo en los Servicios de Urgencias, debe de obligarnos a mantener un adecuado reciclaje en la etiología de las arritmias auriculares, que garantice la seguridad del paciente y su correcto manejo integral en los SU.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-483

CRONICIDAD: LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS DESDE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SUMMA 112

P Fernán Pérez, A Fernández Benítez, Ml Domínguez Pérez, R Abejón Martín, Y Castillo González, JC Cerdeira Varela

SUMMA 112. Madrid

Palabras Clave: heridas y traumatismos, cicatrización de heridas, complicaciones posoperatorias

Objetivos:

En España, el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, de 2010, ya identifica como necesidad el llevar a cabo una acción transversal estratégica para la atención a las personas con enfermedades crónicas, habiéndose publicado, en diciembre de 2013, la Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid. Dentro de ésta, encontramos como las complicaciones que presentan los pacientes crónicos, con patologías tipo diabetes mellitus, obesidad, cardiopatía isquémica, entre otras, constituyen uno de los principales motivos de consulta en Servicios de Urgencias de Atención Primaria (en adelante SUAP).

Material o pacientes y método:

Se establece como población diana el 100% de los SUAP's del SUMMA 112. Se ha empleado un tipo de estudio cuantitativo de tipo descriptivo observacional con carácter retrospectivo, analizando el período comprendido entre los años 2014-2015.

Resultados:

Se ha hecho una revisión de la base de datos informática de la aplicación ARCAPRO utilizada en los dispositivos tipo SUAP, identificando número de pacientes atendidos dentro de la actividad codificada como ¿enfermería programada? y con motivo de consulta de manejo de cuidado de heridas y úlceras por presión en paciente con patología crónica. El número de pacientes atendidos se ha reducido en el 2015 frente al 2014, al igual que las intervenciones de urgencias en dichos pacientes, en el manejo de dichas lesiones.

Conclusiones:

Gracias a la implementación de la Estrategia de Crónicos en la Comunidad de Madrid, se ha conseguido reducir la carga asistencial de los profesionales de enfermería de los dispositivos tipo SUAP's de SUMMA 112. Debido a la coordinación con los diferentes niveles asistenciales mediante el uso de la historia clínica informatizada, se asegura una correcta continuidad asistencial, brindando unos cuidados de calidad seguros.

P-484

TAQUICARDIA INTRANODAL SECUNDARIA A HIPOMAGNESEMIA EN PACIENTE ALCOHÓLICO

R López González, A Cabezas Amurgos, A Arias Rosario, F Cañón Díaz, A Alonso Arévalo, V Baez Pimentel, A Romero García

Urgencias CAULE. León

Palabras Clave: hipomagnesemia, alcoholismo, taquicardia

Objetivos:

El magnesio(Mg) es el catión intracelular más importante después del potasio. Sus niveles en plasma se mantienen en un estrecho rango de 1,7 a 2,2 mg/dl pero los síntomas de la hipomagnesemia pueden pasar inadvertidos en el Servicio de Urgencias y, en ocasiones, no aparecer hasta que la concentración descienda por debajo de 1,2 mg/dl.

Material o pacientes y método:

Varón de 60 años que acude a Urgencias por episodio de palpitaciones y mareo. A su llegada presenta T°36,5°, TA 90/60, FC 180 lpm, y SatO₂ 96%. En ECG presenta taquicardia de QRS estrecho rítmico a 180 lpm con presencia de ondas P retrógradas.

Resultados:

Ante la sospecha de taquicardia por reentrada nodal se le administra 6 mg de Adenosina y posteriormente 12 mg más, revirtiendo de inmediato a ritmo sinusal(figura 2) y mejorando la situación hemodinámica del paciente. Hemograma y coagulación fueron normales, en bioquímica destacaba una insuficiencia renal: urea 79, creatinina 2,37, Mg 0,8. Tras cardioversión farmacológica se administra sulfato de Mg iv (1,5 gr). El paciente es dado de alta con suplemento oral de Magnesio y control por Nefrología.

Conclusiones:

La hipomagnesemia se puede originar por cuatro mecanismos fisiopatológicos: disminución de ingesta, redistribución, pérdidas gastrointestinales y pérdidas renales. La mayoría de las veces sus síntomas son inespecíficos: vértigo, calambres, mialgias, etc. El alcohol estimula la pérdida renal de Mg. La hipomagnesemia se relaciona con el déficit de tiamina y con la cetoacidosis alcohólica y diabética que produce el consumo enólico crónico. También provoca la despolarización de células cardíacas y taquiarritmia. En nuestro caso se trata de una disminución en la ingesta (pacientes alcohólicos y malnutridos) con hipomagnesemia e hipocalcemia secundarias a la insuficiencia renal. Destacamos la importancia de considerar la petición del ión Magnesio en Urgencias en pacientes malnutridos y alcohólicos ante el riesgo de padecer arritmias ventriculares, en ocasiones mortales.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

O-485

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN Y FLUTTER AURICULAR ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

S Loscos Aranda, C Garcés San José, MJ Pueyo Morer, E Alonso Formento

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Palabras Clave: cardioversión eléctrica, fibrilación auricular, flutter auricular

Objetivos:

La fibrilación (FA) y el flutter auricular (FLA) son las arritmias mantenidas más frecuentes. Cuando cursan con inestabilidad hemodinámica, tienen menos de 48 h de evolución o están anticoagulados, son candidatos a la cardioversión eléctrica (CE) para control del ritmo

Material o pacientes y método:

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de aquellos pacientes mayores de 14 años atendidos en nuestro Servicio de Urgencias, con un diagnóstico de FA/FLA, durante los últimos 6 meses de 2012 a 2015. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de la historia clínica informatizada del paciente. Los datos forman parte del estudio SARa.

Resultados:

Del total de 1963 pacientes atendidos un 52,4% eran mujeres. La edad media fue de 74,91 años. De todas las arritmias un 86,3% (1694) eran fibrilación auricular y el resto flutter auricular. De todas ellas se realizó una cardioversión eléctrica al 9,3% (182). En este grupo se vió más prevalencia de varones, no hipertensos, no diabéticos, sin antecedentes de insuficiencia cardiaca, ictus, cardiopatía isquémica, vasculopatía periférica, ni insuficiencia renal. No se encontró relación con la insuficiencia hepática, con el consumo de alcohol, ni con la presencia de valvulopatía significativa. En los pacientes con CE se registró un mayor porcentaje de altas y estancia de menos de 12 horas, la edad media de los pacientes en los que se realizó CE fue de 64,77 años. Un 23,6% tenían un CHADSVASC de cero. En un 23,1% de los casos no se administró profilaxis tromboembólica, en un 7,1% antiagregantes, y en un 59,9% anticoagulación. De los antiarrítmicos al alta destacan la amiodarona en un 21,4%, la dronedarona en un 18,7% y la flecainida en un 16,5%.

Conclusiones:

La CE es el método más efectivo para la reversión de este tipo de arritmias, con pocas complicaciones. Se realiza con más frecuencia en pacientes jóvenes, sin patología médica asociada. El antiarrítmico al alta más frecuente sigue siendo la amiodarona.

O-486

ESTUDIO PROSPECTIVO Y DESCRIPTIVO PRELIMINAR DE LOS PACIENTES QUE DEBUTAN CON FIBRILACIÓN AURICULAR EN URGENCIAS Y LA ADECUACIÓN DE NUESTRO SERVICIO A LAS GUÍAS DE TRATAMIENTO RECONOCIDAS

C Herráiz de Castro, F González Martínez, S Losada Ruiz, A Huet Hurtado, M Alcántara Alejo

Hospital Virgen de la Luz. Cuenca

Palabras Clave: fibrilación, cardiopatía, arritmia

Objetivos:

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más común, con elevada prevalencia. Afectando al 1-2% de la población general y suponiendo más del 3% de las urgencias y 10% de los ingresos en el área médica. En los últimos años se han ido proponiendo guías de tratamiento de la entidad, nuestro estudio intenta evaluar a los pacientes con FA que debutan en urgencias, para proponer un protocolo actualizado de los mismos.

Material o pacientes y método:

Estudio prospectivo de los pacientes que se diagnosticaron de FA por primera vez en el servicio de urgencias desde el 1 de octubre del 2015 hasta el 9 de febrero del 2016 recogiendo hasta el momento del corte 73 pacientes que fueron seguidos hasta un mes posterior, el estudio sigue abierto y actualmente se continúa reclutando pacientes con seguimiento posterior.

Resultados:

En esta primera fase se reclutaron 73 pacientes, con edad media en 71,1 +/- 14, respecto al sexo eran varones 40 y mujeres 32, 50 pacientes (71%) eran hipertensos, 20 (28,6%) eran diabéticos, y en 21 casos (30%) tenían alguna cardiopatía de base. Se diagnosticaron 24 de FA < 48 horas, 38 FA de reciente diagnóstico, 4 pacientes con flutter < 48 horas y 3 con flutter de reciente diagnóstico. El CHA2DS2-VASc demostró un riesgo bajo (0) en el 4,5 %, riesgo intermedio (1) en el 18% y un riesgo alto (>1) en un 78 %, con un HASSBLED < de 3 en el 80% de los pacientes, y riesgo de sangrado más elevado en el 20% restante.

Conclusiones:

Nuestra muestra preliminar planteaba la pregunta de la adecuación de los protocolos internacionales en el servicio de urgencias de nuestro hospital, con un estudio prospectivo abierto, del perfil de los pacientes que tratamos, considerando que la muestra cumple con los estudios internacionales de adecuación al control de la frecuencia y anticoagulación de los pacientes que debutan con FA en nuestro servicio.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-487

MANEJO DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN/FLUTTER AURICULAR Y CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE ARAGÓN. ESTUDIO SARA IV

V Estabén Boldova (1), MJ Pueyo Morer (1), JE Alonso Formento (1), C Garcés San José (1), C Montesa Lou (2), E Aldea Molina (3)

(1) Urgencias. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza,
(2) Urgencias. Hospital Ernest Lluch de Calatayud. (3) Urgencias.
Hospital Royo Villanova. Zaragoza

Palabras Clave: atrial fibrillation, atrial flutter, myocardial ischemia

Objetivos:

La cardiopatía isquémica es uno de los factores de riesgo asociados con la fibrilación auricular (FA) y con el Flutter auricular (FLA), especialmente en su fase aguda. Estos pacientes suelen estar bajo tratamiento de antiagregantes, lo cual complica el manejo a la hora de la profilaxis tromboembólica de estos pacientes

Material o pacientes y método:

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de aquellos pacientes mayores de 14 años atendidos en los Servicios de Urgencias de la red de Hospitales del SALUD, con un diagnóstico de fibrilación auricular o flutter auricular, durante los últimos 6 meses de 2012 a 2015. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de la historia clínica informatizada del paciente.

Resultados:

De los 6738 pacientes con FA/FLA un 13% habían tenido cardiopatía isquémica previa. De estos 877 pacientes la mayoría eran varones (60,5%). La edad media fue de 77,44 años. Se observó una mayor prevalencia de cardiopatía isquémica en varones (16% vs a 10,1% en mujeres), con mayor puntuación en la escala CHADSVASC, con una escala HASBLED más elevada, con menor paso a ritmo sinusal (11,6% vs a 13,9%) y mayor porcentaje de ingresos (16% vs 10,9%). No se encontró relación significativa de la cardiopatía isquémica con el tipo de arritmia (FA/FLA). En nuestros pacientes encontramos que un 35,6% estaban antiagregados previamente, pasando sólo a un 7,5% después de su asistencia en urgencias. Destaca que un 20,9% de los pacientes no fueron anticoagulados tras su asistencia, a pesar de tener todos un CHA2DS2- VASc de uno ó más.

Conclusiones:

La mayoría de los pacientes con FA/FLA y cardiopatía isquémica eran varones. Son pacientes con más ingresos y con menos cardioversiones a ritmo sinusal. Destaca un porcentaje importante de pacientes que no fueron anticoagulados.

P-488

¿A DÓNDE VAS?: ANÁLISIS DEL DESTINO AL INGRESO DE LOS PACIENTES QUE CONSULTARON POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS

P Lázaro Aragüé, JA Sánchez Nicolás, MP Suárez Beke, I Pagán Gómez, C Cinesi Gómez, E Santamaría Hernández, P Piñera Salmerón

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

Palabras Clave: heart failure, emergency department, hospitalization

Objetivos:

La insuficiencia cardiaca aguda es un motivo de consulta habitual en los servicios de urgencias (SU), y la principal causa de hospitalización en ancianos. Con una elevada mortalidad y reconsultas que implican un gran aumento del gasto sanitario.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, descriptivo sin intervención en pacientes que acude a nuestro SU por Insuficiencia Cardiaca Aguda (ICA) según los criterios de Framingham en el periodo comprendido entre el 2012-2014 eligiendo dos meses aleatorios por año. Criterios de inclusión: mayores de 18 años, con ICA y den su consentimiento por escrito. Las variables a estudio fueron: Destino ingreso (Cardiología, Medicina Interna, Unidad de Corta Estancia, otros servicios y altas directas desde Observación del Servicio de Urgencias), tipo de insuficiencia cardiaca (sistólica, diastólica, mixta y desconocido).

Resultados:

Durante los meses seleccionados del 2012-2014 consultaron 119 pacientes por ICA de los cuales 57 fueron mujeres (47,9%) y 62 hombres (52,1%). 31 pacientes (26%) presentaban insuficiencia cardiaca sistólica, 10 pacientes (8,4%) diastólica, 53 pacientes (43%) mixta y no se conocía el tipo de disfunción en 26 pacientes (21,84%) 24 pacientes fueron dados de alta directamente desde el servicio de Urgencias (20,19%) y 94 pacientes ingresaron en nuestro hospital (79%) de los cuales 24 presentaban IC sistólica (25,53%), 10 diastólica (8,5%), 37 mixta (39,36%) y 23 desconocida (24,45%). El 77% de las disfunciones sistólicas (24 pacientes) ingresaron, el 100% de las diastólicas, el 71% de las mixtas (37 pacientes) y el 88,4% de las de tipo no filiado (23 pacientes). Por Servicios: 17 pacientes fueron ingresados en Cardiología (14,2%), a Medicina interna 61 pacientes (51,2%), en Unidad de Corta estancia 13 pacientes (10,92%) y en otros Servicios 4 pacientes (3,36%).

Conclusiones:

El 100% de las insuficiencias cardiacas diastólicas se ingresaron. Más del 55% fueron ingresados en Medicina interna mientras que sólo el 14,2% se ingresaron en Cardiología. Hasta el 20% de los pacientes que acuden a nuestro Servicio son dados de alta.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

O-489

LOS BIOMARCADORES COMO PREDICTORES DE INGRESO HOSPITALARIO POR NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) EN UN HOSPITAL COMARCAL

A Blanco Domínguez, MM Martínez Rodríguez, JC González Menoyo, F Merino Núñez, MA del Rey Vieira, I Pérez Ramos, L Salvador Sánchez

Hospital Medina del Campo. Medina del Campo, Valladolid

Palabras Clave: pneumonia, community, emergency

Objetivos:

Es poco conocida la neumonía adquirida en la comunidad en un hospital comarcal pequeño. Cada vez adquiere más importancia la priorización de los ingresos en función de las escalas pronósticas de gravedad, los biomarcadores y otros criterios clínicos (sepsis, insuficiencia respiratoria, comorbilidades). Recientemente se ha incorporado al laboratorio de nuestro hospital la determinación urgente de procalcitonina.

Material o pacientes y método:

Estudio prospectivo de un año de duración de la NAC, en el adulto (a partir de 15 años) atendido en Urgencias de nuestro hospital comarcal entre el 8 Septiembre 2012 y el 7 Septiembre 2013. Se recogieron 223 casos (158 ingresaron y 65 manejo ambulatorio). No se pidió al médico responsable que cambiara su actitud diagnóstica o terapéutica. Sólo se pidió medir la frecuencia respiratoria en Urgencias. Se utilizó el paquete estadístico SPSS-22 Estadística descriptiva para las variables cualitativas y cuantitativas. Estadística inferencial (regresión logística binaria).

Resultados:

La proteína C reactiva fue solicitada en la mayoría de los pacientes, resultando ser el 5º factor predictor de ingreso con OR: 1,06(1,002-1,1), tras las hipoxemia grave, la afectación multilobar radiológica, el Fine IV-V y la edad > 65 años. No pudimos sacar conclusiones inferenciales con la PCT (escasa solicitud: 43,7% de la muestra), salvo su asociación con la PCR. Hubo correlación positiva entre PCR y PCT (rho Spearman: 0,49). Encontramos clara asociación entre PCT>1,5 y PCR>10 (p: 0,001), así como entre PCT>2 y PCR>10 (p: 0,014) La VSG sólo se pidió en planta de hospitalización. El lactato sólo se solicitó en 10 casos (4,5% de la muestra)

Conclusiones:

Hay que utilizar más la PCT a la hora de decidir el ingreso de la NAC y también como medio de sospechar bacteriemia y posibilidad de hemocultivos positivos. La PCR como variable cuantitativa es un predictor independiente (aunque débil, OR en multivariante: 1,06) de ingreso hospitalario. Debemos usar más el lactato, como biomarcador de mal pronóstico en sepsis grave o shock séptico. No pudimos sacar conclusiones con la VSG, dado que no se determina nunca en Urgencias.

P-490

CRONAS DE ACTUACIÓN EN LA ATENCIÓN AL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN UN HOSPITAL COMARCAL SIN SALA DE HEMODINÁMICA. ¿NOS AJUSTAMOS A LAS GUÍAS?

M Aguilera Peña, R Ruiz Cabello, JA Guzmán Pérez, JM Recio Ramírez, E Fernández Romero, R Espino Pérez

Hospital de Montilla. Córdoba

Palabras Clave: síndrome coronario agudo, fibrinólisis, intervención coronaria percutánea

Objetivos:

La identificación precoz de los pacientes con síndrome coronario agudo, y su posterior validación diagnóstica en los Servicios de Urgencias Hospitalarias, es uno de los objetivos fundamentales para reducir la mortalidad hospitalaria y mejorar el resultado de las intervenciones de revascularización, al acortar el tiempo desde el inicio de síntomas hasta la aplicación del tratamiento indicado, lo que supondrá un mejor pronóstico a corto y medio plazo

Material o pacientes y método:

Se recogieron a todos los pacientes que ingresaron en nuestro hospital (hospital comarcal sin sala de hemodinámica con 90 camas y con una población de influencia de 63590 habitantes), con diagnóstico de síndrome coronario agudo sin elevación y con elevación del segmento ST, un total de 411 pacientes, entre los años 2010 y 2015.

Resultados:

El tiempo desde que activa el sistema de emergencias hasta su reperusión fue una media de 76 minutos (mediana 65 minutos. De los 411 pacientes, se realizó cateterismo a 266 (64%), de los cuales 101 fueron con elevación del segmento ST (38%) y 165 sin elevación del segmento ST. En el periodo 2011-2012, a las 3 horas desde el inicio de los síntomas se realizó fibrinólisis al 80% de los pacientes, en el periodo 2013- 2014 al 85% y entre el 2014-2015 al 88,9%.

Conclusiones:

En nuestro hospital nos ajustamos de forma aceptable a los tiempos de actuación y a las recomendaciones de intervención coronaria percutánea recomendadas en las guías de práctica clínica. La mejora continua aplicada a nuestros protocolos internos nos permite mejorar nuestra práctica clínica día a día.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

O-491

CRONOPATOLOGÍA DEL INFARTO DE MIOCARDIO Y MODULADORES CRONOBIOLOGICOS EN LA EFECTIVIDAD DE LA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA

MC Barneto Valero (1), JR Garmendia Leiza (2), D Bautista Encarnación (3), JV Benéit Montesinos (4), JL García Klepzig (4), B Ibáñez (5)

(1) SAMUR-PC, (2) GIR Laboratorio de Procesado de Imagen. Universidad de Valladolid. (3) Hospital Clínico San Carlos, Madrid, (4) Universidad Complutense de Madrid, (5) Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares. Madrid

Palabras Clave: ritmo circadiano, infarto de miocardio, angioplastia primaria

Objetivos:

Los ritmos circadianos determinan un papel crucial en la patogénesis de la enfermedad cardiovascular.

Material o pacientes y método:

Tres estudios observacionales de cohortes retrospectivo, como publicaciones científicas secuenciales, de 709 pacientes diagnosticados de IAMCEST realizándose trombolisis a 206 y ACTPp a 600 pacientes. Como variables predictoras de la efectividad de terapia trombolítica y angioplastia primaria se analizaron la hora del inicio del infarto y trombolisis, hora de ACTPp, divididos en periodos horarios de 6h y 12h, variables demográficas, tiempo de evolución del infarto, factores de riesgo cardiovascular, arteria coronaria responsable del infarto, flujo TIMI, TFCc y complicaciones post-infarto. La extensión del infarto se estimó según niveles pico de CK, CK MB y TNI. Los datos se obtuvieron de la historia clínica y coronariografía.

Resultados:

La hora de inicio del infarto muestra ritmo circadiano ($p < 0,001$). La administración de la terapia trombolítica en la franja horaria de 6-12h, [$p = 0,005$ (OR) 2,46, IC 1,30-4,64] y presentar cardiopatía isquémica previa ($p = 0,003$, OR = 5,30, IC 1,74-16,15) se relacionan con la efectividad de la trombolisis. La hora del día de infarto se relaciona con la efectividad de la ACTPp ($p = 0,019$) y extensión del infarto, siendo la franja horaria de infarto entre 6-12 h ($p = 0,024$, OR = 1,76, IC 1,06-2,92), la obstrucción de la arteria coronaria circunfleja (Cx), tiempo de evolución del infarto > 180 minutos y los antecedentes personales de diabetes mellitus, las variables que se relacionan de forma independiente con un TFCc ≥ 18 , aumentando el riesgo 1,76 - 4,91 $\geq 2,49 \geq 1,74$ veces más, respectivamente, de ACTPp no efectiva. La hora del día a la que se realiza la ACTPp no se relaciona con la efectividad de la angioplastia.

Conclusiones:

Encontramos variabilidad circadiana, tanto en la incidencia de infarto de miocardio como en la eficacia de la terapia trombolítica prehospitalaria y eficacia de ACTPp, con resultados más desfavorables en la franja horaria de 6-12 h.

P-492

EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

V Hidalgo Sedano, P Fraguas Reverendo, M del Olmo Morales, R Palacios García, MB Arciniega Salazar, Al Vélez Castilla

Unidad de Corta Estancia. Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: ICA, UCE, HUBU

Objetivos:

Valorar si la Unidad de Corta Estancia del Servicio de Urgencias ofrece una alternativa de hospitalización de calidad al paciente con insuficiencia cardiaca aguda (ICA).

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo correspondiente a los años 2013-2015 de funcionamiento de la U.C.E., analizando los datos referidos a los pacientes ingresados con diagnóstico de I. C. A. (G. R. D. : 428. 0) procedentes del Servicio de Codificación y Documentación del Hospital. Se recogieron datos demográficos, grado de dependencia, comorbilidad y clase funcional basal (escala NYHA de disnea), así como el tratamiento de base de los pacientes. Análisis del destino al alta, estancia media, reingreso y mortalidad, comparándose con otras unidades médicas de hospitalización convencional.

Resultados:

El 58,5% fueron mujeres con una edad media de 82,3 años. La dependencia según escala de Barthel basal que fue de 91-99 en un 44% de los casos, 60-90 en un 42% y < 60 en un 14%. En el 83% la patología asociada a la I. C. A. es la H. T. A., seguido de la Fibrilación Auricular (F. A.) en un 48%, la Diabetes Mellitus (D. M.) en el 43% y la dislipemia en el 38%. La clase funcional de nuestros pacientes según la escala NYHA ha sido de grado II en un 55% de los casos y III-IV en el 29%. En el 13% restante no fue reflejado. En relación a su tratamiento base los más frecuentes han sido en un 67% diuréticos, I. E. C. A. S. y/o A. R. A. II en un 55% y betabloqueantes en un 33%. La estancia media ha sido de 2,85 días, frente a la media de 6,8 días de las unidades médicas, con un porcentaje de reingresos similar y una mortalidad menor del 2%.

Conclusiones:

La UCE del Servicio de Urgencias es una alternativa de calidad para el ingreso del paciente con ICA.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-493

INFECCIONES RESPIRATORIAS EN LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

MP Fraguas Reverendo, V Hidalgo Sedano, MB Arciniega Salazar, M del Olmo Morales, R Palacios García, AI Vélez Castilla

Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: infección, neumonía, UCE

Objetivos:

Las infecciones respiratorias constituyen una de las causas más frecuentes de ingreso en la Unidades de Corta Estancia (UCE).

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo y retrospectivo que incluye a la totalidad de los pacientes ingresados en la U. C. E. con diagnóstico de infección respiratoria durante sus tres primeros años de actividad. Se analizan las características de dichos pacientes, escalas de gravedad, diagnóstico microbiológico, evolución, estancia media y antibióticos empleados, así como el destino al alta.

Resultados:

Del total de pacientes ingresados en la U.C.E. durante sus tres primeros años de actividad las infecciones respiratorias constituyen un 23,7% del total de ingresos, repartidos casi por igual entre infecciones no condensantes y neumonías. En ambos casos los antibióticos de 1ª elección usados han sido las quinolonas, seguido de los B lactámicos. La evolución de los pacientes ha sido favorable en más del 90% de los casos con una estancia media de ingreso de 2. 8 días, siendo dados de alta a su lugar de residencia habitual para completar el tratamiento de forma ambulatoria. En un 6% se continuó el tratamiento endovenoso en domicilio por Hospitalización a domicilio, y en un 8% se trasladó a unidad de hospitalización convencional por complicación o alargamiento excesivo de su estancia en UCE.

Conclusiones:

Las infecciones respiratorias no condensantes y las neumonías suponen un grupo de patologías en los servicios de Urgencias Hospitalarias y causa frecuente de ingreso hospitalario. Las Unidades de Corta Estancia son una alternativa eficaz y de calidad para su manejo. El papel determinante de la enfermería de la UCE en la rapidez de toma de muestras microbiológicas y antibioterapia favorecen la correcta evolución disminuyendo notablemente la estancia media y aumentando el grado de satisfacción de los pacientes.

O-494

ESTUDIO PILOTO SOBRE LA UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA PRUEBA APPY1 PARA DESCARTAR PATOLOGÍA GASTROESOFÁGICA

FJ Martín Sánchez, K Fülöp Lakatos, F Sánchez Ceballos, D Ortega, J Sanz Ortega, E Rey Díaz-Rubi, J González del Castillo

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Palabras Clave: APPY1, epigastralgia, diagnóstico

Objetivos:

La epigastralgia es un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias. El APPY1 es una combinación de tres biomarcadores (calprotectina, leucocitos y proteína C reactiva) que ha demostrado beneficio para descartar ciertas patologías inflamatorias e infecciosas del tracto digestivo, y por tanto podría ayudar a estratificar el riesgo de los pacientes con patología gastroesofágica, evitando así, pruebas invasivas e ingresos hospitalarios innecesarios.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional de cohortes prospectivo que incluyó por oportunidad a pacientes mayores de 18 años a los que les fue realizada una gastroscopia por epigastralgia. Se excluyó a los pacientes con cáncer activo, enfermedad autoinmune, sangrado activo, cirugía o traumatismo abdominal reciente o toma de fármacos inmunosupresores. A todos los pacientes se les extrajo una muestra de sangre y se determinó el resultado del APPY1 (negativo / no concluyente). La variable diagnóstica fue determinada por el estudio histológico de la biopsia de la mucosa gastro-duodenal.

Resultados:

Se incluyeron un total de 40 pacientes con una media de edad de 59 (DE 14) años, de las cuales 24 (60%) fueron mujeres. Veinticuatro (60%) pacientes tuvieron una prueba de APPY1 negativa. Cinco (12,5%) tuvieron úlcera y 35 (87,5%) gastritis crónica o normal. El APPY1 presentó una sensibilidad de un 80% (IC95% 30%-99%), y un valor predictivo negativo de un 95,8% (IC95% 77%-99%), y un cociente de probabilidad negativo del de 0,3 (IC 95% 0,05-1,79) para el diagnóstico de lesión ulcerosa.

Conclusiones:

El APPY1 podría ser una sencilla y rápida prueba diagnóstica para descartar patología ulcerosa en los pacientes atendidos por epigastralgia.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

O-495

LA FRAGILIDAD SE ASOCIA A MORTALIDAD EN LOS ANCIANOS ATENDIDOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

E Rodríguez Adrada (1), FJ Martín Sánchez (1), MA Rizzi (2), P Piñera Salmerón (3), A Alqueza (3), JA Sánchez Nicolás (4), P Llorens Soriano (5)

(1) Hospital Clínico San Carlos. Madrid, (2) Hospital Sant Pau. Barcelona, (3) Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia, (4) Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia, (5) Hospital General Universitario de Alicante

Palabras Clave: insuficiencia cardiaca, anciano frágil

Objetivos:

La insuficiencia cardíaca (IC) es una enfermedad crónica causante de discapacidad en estrecha relación con la edad avanzada originando un importante problema de salud pública en España. En la población anciana supone una de las principales causas de atención en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) y la principal causa de ingreso, asociándose a una elevada morbilidad y deterioro funcional.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional de cohortes prospectivo multicéntrico con seguimiento a 30 días. Se incluyeron por oportunidad los pacientes de 65 años o más diagnosticados de ICA según los criterios de Framingham en 3 servicios de urgencias hospitalarias (Hospital clínico San Carlos de Madrid, Hospital Sant Pau de Barcelona y Hospital Reina Sofía de Murcia) durante dos meses. Se excluyeron aquellos con síndrome coronario agudo con elevación del ST. Se recogieron variables demográficas, antecedentes personales, situación basal funcional y cardiorrespiratoria, clínicas y analítica del episodio agudo. Se realizó un cuestionario auto-referido sobre la presencia de fragilidad según los criterios de Fried (cansancio, debilidad, lentitud de la marcha, actividad física, pérdida de peso), considerando la presencia de fragilidad ante la respuesta positivo de 3 o más criterios. La variable de resultado fue la mortalidad a los 30 días por cualquier causa desde el evento índice.

Resultados:

Se incluyeron un total de 569 pacientes (289 HCSC, 171 HSP, 109 HRS) con una edad media de 81,2 (DE 9,7), de los cuales 339 (59,6) fueron mujeres. Del total, 244 (42,9%) cumplieron criterios de fragilidad. Cincuenta y ocho pacientes (10,2%) fallecieron a los 30 días. La fragilidad se asoció de forma estadísticamente significativa a la mortalidad a los 30 días (fragilidad: 17,6% vs no fragilidad: 4,6%, $p < 0,001$). Tras el ajuste por los factores de mal pronóstico conocidos (índice Barthel < 61 , NYHA III/IV basal, TAS < 100 mmHg, natremia < 135 mEq/L), la fragilidad fue un factor de riesgo independiente de mortalidad a corto plazo en los pacientes con ICA (OR ajustado 2,6 IC95%: 1,6-5,7, $p = 0,021$).

Conclusiones:

La fragilidad es una entidad clínica a tener en cuenta en los pacientes ancianos atendidos por IC en los servicios de urgencias de cara al pronóstico a corto plazo.

P-496

VERNAKALANT: A LAS PRUEBAS ME REMITO

A Mercado Pardo, E Salvo Marco, MJ Pérez Durá, A Lluç Sastriques, M Félix Cases

Hospital Politécnico y Universitario La Fe. Valencia

Palabras Clave: atrial fibrillation, anti arrhythmia agents, arrhythmias, cardiac

Objetivos:

La fibrilación auricular es la arritmia más frecuente (2% en población general, 15% en > 85 años, con peor tolerancia en éstos). Genera numerosos ingresos hospitalarios y causa comorbilidad en los pacientes. La cardioversión precoz demuestra un decremento de fenómenos tromboembólicos y posibilita altas precoces desde Urgencias. Vernakalant (VNK) es un antiarrítmico auriculoselectivo útil en la reversión de FA de inicio reciente, incluso con cardiopatía estructural.

Material o pacientes y método:

Periodo estudio: 9 meses. 21 pacientes en FA tratados con Vernakalant. Análisis retrospectivo, descriptivo sin comparación con otros métodos de cardioversión.

Resultados:

La media de edad en la muestra recogida fue 63,4 años, 57% mujeres frente a 43% hombres. HTA en el 61%, Diabetes en el 90%, Antecedentes de Insuficiencia cardiaca en el 10%, ningún paciente con antecedentes de ictus o arteriopatía, con CHA2DS2-VASc 2 en el 57%. El 76% no tomaban antiarrítmicos y sí anticoagulación en el 71%. El 23% cursaba con un primer episodio, el resto fueron paroxísticas. En el 95% la duración fue < 48 h (sólo un caso con FA de > 48 h anticoagulado). Tras la 1ª dosis se obtuvo éxito en el 57% y en la 2ª dosis en el 55%, lo que supone una conversión a RS en el 80% del total de pacientes. Promedios de: tiempo llegada Urgencias-VNK = 120', VNK-respuesta 1ª dosis = 10,4', VNK-respuesta 2ª dosis = 53,8', Estancia media en Urgencias = 5h 47'. Un paciente pasó a Flutter que revirtió durante la perfusión. Tres pasaron a flutter sin reversión, cardiovertidos eléctricamente después. Ninguno sufrió bradicardia, hipotensión o arritmias malignas. Uno tuvo prurito, 1 disgeusia- estornudos, 1 náuseas y molestia torácica siendo el más grave uno de los que no revirtió con VNK y sí con CVE, posteriormente sufrió una crisis HTA y un EAP.

Conclusiones:

Conseguimos una tasa de cardioversión alta, en tiempo precoz, corta estancia media en Urgencias (aún más si consiguiéramos reducir tiempo de llegada VNK) y escasos efectos adversos en FA de reciente comienzo, paroxística o 1ª crisis. Con estos resultados tan favorables, esperamos conseguir un uso mayor por parte de nuestros urgenciólogos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

O-497

TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS ESPAÑOLES: EVOLUCIÓN DESDE SU INSTAURACIÓN EN FASE AGUDA POR EL URGENCIÓLOGO HASTA EL TRATAMIENTO EXTENDIDO POR OTROS ESPECIALISTAS: ¿VARÍA CONSIDERABLEMENTE?

M Merlo Loranca (1), A Antolín Santaliestra (2), V Sendín Martín (3), MJ Vázquez Lima (4), P Ruiz Artacho (5), S Jiménez Hernández (5)

(1) Hospital Universitario de Getafe. Madrid, (2) Hospital Clínic. Barcelona, (3) Hospital Rey Juan Carlos. Madrid, (4) Hospital do Salnés. Vilagarcía, Pontevedra, (5) Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Palabras Clave: tromboembolia venosa, urgencias médicas, terapéutica

Objetivos:

Es en los Servicios de Urgencias (SU) donde se establece el diagnóstico, en la mayoría de las ocasiones, en las que la enfermedad tromboembólica venosa (ETV) se desarrolla ambulatoriamente. Asimismo, es en los SU donde se inicia el tratamiento específico para la ETV.

Material o pacientes y método:

El estudio EDITH es un estudio de cohortes retrospectivo multicéntrico que incluyó 50 SU españoles de 15 Comunidades Autónomas. Se incluyeron pacientes atendidos en los SU que eran diagnosticados de ETV (TVP o TEP), entre el 13 de octubre y el 14 de diciembre de 2014. Se recogieron variables demográficas, comorbilidad, factores de riesgo para ETV, clínicas, analíticas diagnósticas, así como el manejo terapéutico en urgencias y durante los 6 meses posteriores.

Resultados:

Un total de 775 pacientes con ETV fueron incluidos en el estudio, de los cuales 386 (49,8%) tenía TEP, con o sin TVP. La edad media de los pacientes fue 66 años. El 96,9% recibieron tratamiento anticoagulante en urgencias, de los que 90,6% fue HBPM. Tan sólo 30 pacientes iniciaron acenocumarol en urgencias y 7 pacientes recibieron rivaroxaban. Al alta hospitalaria un 65% de las TVP y un 33,6% de los TEP permanecían con HBPM en monoterapia. A los 1, 3 y 6 meses estos porcentajes se mantuvieron para las TVP en 42,7, 30,6% y 17,8%, y para los TEP en 29,2%, 23,1% y 18,9%, respectivamente. Un 73,1% de los pacientes se mantuvieron al menos 6 meses con anticoagulación (83,9% de los TEP y 61,2% de las TVP).

Conclusiones:

Existe un manejo hospitalario centrado en uso heparinas y poca transición a AVK en los pacientes con ETV. Igualmente, en el manejo extrahospitalario se observa una introducción menor de los anticoagulantes orales de la que cabría esperar según las guías de recomendación y una duración muy prolongada del tratamiento.

P-500

PRESENCIA DE ALTERACIONES EN LAS PRUEBAS DE IMÁGENES EN EL CÓLICO NEFRÍTICO: CORRESPONDENCIA CON EL CUESTIONARIO STONE

D Rosillo Castro, C Hernández Martínez, MM de la Torre Olivares, P Rodríguez Lavado, D Fernández Garrido, R López Valcárcel, MD Pascual Muñoz

Hospital Comarcal del Noroeste de Caravaca de la Cruz. Los Dolores, Murcia

Palabras Clave: nephrolithiasis, ultrasonography, tomography, emission, computed

Objetivos:

El cuestionario STONE predice la probabilidad de presencia de litiasis ureteral.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, longitudinal, retrospectivo de revisión de historias clínicas. Seleccionamos aquellos pacientes con diagnóstico al alta de cólico nefrítico en el año 2015 a los que se les realizó prueba de imagen. Se calculó la probabilidad de presentar litiasis renal según el cuestionario STONE. Variables recogidas: sexo, edad, localización, duración de la clínica, si presento náuseas o vómitos, presencia de hematuria, alteración de la creatinina, prueba realizada, si tenía litiasis y/o ureterohidronefrosis.

Resultados:

De los 532 pacientes con diagnóstico al alta de cólico nefrítico se les realizó prueba de imagen a 159. La edad media fue 47,8. 56% hombres. El 56% fueron de localización izquierda. El 44,7% acudió a urgencias en las primeras 6 horas de evolución. Había hematuria en 89. 3%. El 25. 2% presentó náuseas, 12. 6% vómitos. Un 20. 8% tenían alteración de la creatinina. Según el cuestionario STONE la probabilidad de cólico nefrítico era baja en 8. 2%, moderada 45. 3% y alta 46,5%. Se realizó ECO 67. 3% y TAC 32,7%. En 69. 8% se confirmó la presencia de litiasis, y existía ureterohidronefrosis grado 1: 28,3%, grado 2: 32,1% y grado 3: 1,3%. Alguna alteración en el 89,3% de las pruebas imagen. Los pacientes con probabilidad alta presentaban litiasis el 83. 8%, el 68% de los de la media y el 0% de los de la baja. En el 100% de los pacientes con probabilidad media y alteración de la creatinina se visualizaba litiasis.

Conclusiones:

En nuestra serie una probabilidad alta en el cuestionario STONE predice en 8 de cada 10 pacientes la presencia de litiasis y casi en el 100% la presencia de alguna alteración. En el 100% de los pacientes con probabilidad baja no se objetivo litiasis. En todos los pacientes con probabilidad media con alteración de la función renal se visualizaba litiasis, lo que nos hace pensar la posibilidad que se pudiera crear un cuestionario STONE ampliado para uso hospitalario con inclusión de este valor.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-501

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ADMINISTRADO PARA LA CEFALEA PRIMARIA EN URGENCIAS

J Abelaire Freire, D García Azorín, E Rodríguez Adrada,
P Matías Soler, C Clemente Callejo, L Mariel Matus,
L Mateos Sánchez

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Palabras Clave: primary headache disorders, non-esteroidal anti-inflammatory agents, head pain

Objetivos:

La cefalea es un motivo de consulta frecuente en Urgencias y la causa neurológica más prevalente. El 90% de la población ha tenido cefalea en alguna ocasión y el 50-60% la presenta con periodicidad. El tratamiento inmediato de las cefaleas benignas tiene un gran impacto sobre la calidad de vida y el menor consumo de recursos asistenciales.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de una serie de casos con análisis transversal. Se incluyeron por muestreo de oportunidad los pacientes atendidos con diagnóstico de cefalea primaria en el Servicio de Urgencias de un Hospital Terciario. Se recogieron variables demográficas, tipo de cefalea y tratamiento recibido durante su estancia. Se realizó un análisis en función de la realización o no de una interconsulta a neurología.

Resultados:

Se incluyeron 133 pacientes. Los fármacos prescritos con más frecuencia fueron los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) (45,8%), antieméticos (21,8%), benzodiacepinas (20,3%), ketorolaco (18,8%), opioides (18%) y paracetamol (15%). Un 27,8% de los enfermos no recibió tratamiento. Los fármacos elegidos como primera opción fueron los AINES (28%), Ketorolaco (13%) o paracetamol (11%). Los enfermos diagnosticados de migraña fueron tratados con AINES (25%), antieméticos (19,6%), benzodiacepinas (19,6%). En los pacientes en los que se realizó interconsulta con neurología hubo un mayor uso de corticoides a dosis elevadas, sulfato de magnesio y bloqueos anestésicos. Los pacientes que habían tomado tratamiento sintomático previo recibieron menos fármacos (2,04 vs 1,31 fármacos, $p=0,01$). Los valorados de forma conjunta con el neurólogo de guardia recibieron más fármacos (2,70 vs 1,51, $p=0,01$) y tuvieron una mayor estancia hospitalaria (9,9 vs 3,96 horas, $p=0,05$).

Conclusiones:

A pesar de la existencia de algunas guías clínicas, el tratamiento de las cefaleas en Urgencias es complejo y los profesionales debemos seguir formándonos para individualizarlo en función de las características presentadas y así mejorar su efectividad. En los casos más complejos es cuando realizamos interconsulta a neurología y tratamientos más agresivos.

O-502

ANÁLISIS DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR Y FIBROSIS EN URGENCIAS

P Hernández Martínez, H Molina Llorente, I Sanlés González,
D Toresano López, P Garmilla Ezquerra, VM Mora Cuesta

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras Clave: pulmonary embolism, fibrinolysis, hemorrhage

Objetivos:

El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una importante causa de morbilidad y mortalidad. En los pacientes con inestabilidad hemodinámica una opción terapéutica es la fibrinolisis, pero no está exenta de complicaciones. Sin embargo, en pacientes sin inestabilidad hemodinámica existe controversia.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo comparativo de los pacientes con TEP fibrinolizados y no fibrinolizados entre los años 2010 y 2015 en urgencias. Los pacientes se dividieron en: shock (TAS < 90 o TAM < 65 mm Hg), riesgo intermedio-alto, riesgo intermedio-bajo y riesgo bajo según la escala Pulmonary Embolism Severity Index (PESI), datos de sobrecarga derecha por ecocardiografía o angio TC y elevación de troponina. Las variables principales analizadas fueron: mortalidad y complicaciones hemorrágicas.

Resultados:

En el grupo con shock: fallecidos Vs no fallecidos que recibieron fibrinolisis: OR 0,91 con IC 95% 0,15-5,76 con una $p=0,93$. En las complicaciones hemorrágicas: OR de 124,20 con un IC 95% de 5,11-3020,78 con una $p<0,01$. En el grupo con riesgo bajo fallecidos Vs no fallecidos que recibieron fibrinolisis: OR 7,09 con IC 95% 0,68-73,80 con una $p=0,10$. En relación a las complicaciones hemorrágicas: OR de 39,16 con un IC 95% de 5,18-264,25 con una $p<0,01$. En el grupo con riesgo intermedio alto: fallecidos Vs no fallecidos que recibieron fibrinolisis: OR 18,52 con IC 95% 0,7-493,26 con una $p=0,08$. En relación a las complicaciones hemorrágicas: OR de 8,17 con un IC 95% de 1,34-49,95 con una $p=0,02$. En el grupo con riesgo intermedio global: fallecidos Vs no fallecidos que recibieron fibrinolisis: OR 1,05 con IC 95% 0,30-3,68 con una $p=0,94$. En relación a las complicaciones hemorrágicas: OR de 9,38 con un IC 95% de 2,75-31,99 con una $p<0,01$.

Conclusiones:

La fibrinolisis parece aumentar las complicaciones hemorrágicas en todos los grupos analizados. Es importante identificar que pacientes se benefician de tratamiento fibrinolítico. Nuestros resultados no son concluyentes en el análisis de mortalidad, sería necesario estudios con mayor tamaño muestral.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

O-503

MORTALIDAD AL AÑO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA Y TROPONINA POSITIVA. ESTUDIO TROPICA-2

A Roset Rigat (1), J Jacob Rodríguez (1), M Dastis Arias (1), CE Imperiali Rosario (1), P Herrero Puente (2), I Bardes Robles (2)

(1) Hospital Universitari de Bellvitge. IDIBELL. Barcelona,

(2) Hospital Central de Asturias. Oviedo

Palabras Clave: troponina, insuficiencia cardiaca aguda, mortalidad al año

Objetivos:

En la insuficiencia cardíaca aguda (ICA) la presencia de troponina positiva se relaciona con un peor pronóstico a corto plazo. El pronóstico a largo plazo, al año, no está bien establecido.

Material o pacientes y método:

Análisis de los pacientes del registro EAHFE que presentan ICA y una determinación de troponina en urgencias (troponina I o T de 4ª generación o troponina T ultrasensible). El registro EAHFE es un estudio de cohorte multipropósito de carácter analítico no intervencionista y multicéntrico con un seguimiento prospectivo que incluyó de forma consecutiva a todos los pacientes atendidos por ICA en los 34 servicios de urgencias españoles. Se recogieron variables demográficas, características basales, del episodio agudo y seguimiento de mortalidad al año.

Resultados:

Se analizaron 4.705 episodios de ICA con una determinación de troponina en el momento de ingreso en urgencias, 2.276 (48,4%) tenían la troponina positiva. La mortalidad al año fue mayor cuando la troponina era positiva (25,7% versus 13,4%, $p < 0,001$) y sucedió con los tres tipos de determinación de troponina. Respecto a los incrementos porcentuales de troponina se encontró una mayor mortalidad al año cuando mayor era el incremento respecto al valor normal, siendo para incrementos mayores a x5 el aumento de la mortalidad de casi tres veces (HR 2,94, 95%CI 2,46 - 3,53).

Conclusiones:

Los pacientes que presentan un episodio de ICA y troponina positiva, independientemente del tipo de troponina, presentan mayor mortalidad al año respecto a los que tienen la troponina negativa. A mayor incremento de troponina mayor mortalidad.

P-504

HEMATOMA ESPONTÁNEO EN EL RECTO ANTERIOR DEL ABDOMEN, ¿COMPLICACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS?

Y García Bango, A Herrero Valea

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Palabras Clave: heparina de bajo peso molecular, recto del abdomen, hematoma

Objetivos:

Las indicaciones médicas de anticoagulación, han evolucionado desde el uso de la heparina no fraccionada endovenosa, frente al protocolizado empleo de heparinas de bajo peso molecular (HBPM) subcutáneas. No obstante, el uso de éstas últimas, se asocia a frecuentes complicaciones sistémicas, llegando incluso a comprometer la vida del paciente, como es el caso de los Hematomas de Recto Anterior del Abdomen (HRAA).

Material o pacientes y método:

Estudio epidemiológico descriptivo, longitudinal y prospectivo, seleccionando todos los casos de HRAA, entre los 16.268 pacientes hospitalizados, desde el servicio de urgencias, con tratamiento HBPM.

Resultados:

De 16.286 pacientes tratados con HBPM, 17 (0,10%) sufrieron un HRAA durante su ingreso. La edad media fue 78,53 (SD: 8,95). Edades de 60 a 92 años. El 76,5% fueron mujeres. El 52,9% (9) tenía un IMC normopeso, el 17,9% (3) de sobrepeso y el 29,4% (5) de obesidad. El 47,1% (8) presentaban insuficiencia renal. El 29,4% (5) padecían tos con frecuencia. El 47,1% (8) precisó tratamiento con embolización y el resto tratamiento conservador/ sintomático. El 88,21% (15) estaban, simultáneamente, con algún tratamiento antiagregante. El 47,1% (8) estaban ingresados a cargo del servicio de Cirugía General. El aumento de la estancia media fue de 9,25 días (SD= 10,539), con una moda de 4. La supervivencia al alta fue del 70,6%. Los diagnósticos principales en estos pacientes fueron tromboembolismo pulmonar en 17,6% y coleditis aguda en 17,6%. Al realizar un análisis bivariable, para averiguar si existe algún factor predictivo en cuanto a la mortalidad o a la necesidad de tratamiento intervencionista, no se encontró ningún valor significativo, el valor de p fue siempre $> 0,05$. Si comparamos las dosis de HBPM tampoco dieron resultados significativos.

Conclusiones:

Todos los casos analizados de HRAA eran secundarios a tratamiento con HBPM, de predominio en mujeres y tratamiento simultáneo con antiagregantes, e incluso con antiacoagulantes orales en algunos casos, presentado idéntica incidencia en patologías quirúrgicas y neurológicas, a pesar de que en las primeras las dosis eran profilácticas y no terapéuticas. La supervivencia al alta fue significativa.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

O-505

CÓDIGO INFARTO: ANÁLISIS DE TIEMPOS PARA LOS PACIENTES ATENDIDOS POR EL SAMU-ASTURIAS, EN LOS 5 AÑOS DE FUNCIONAMIENTO DEL CÓDIGO CORAZÓN EN ASTURIAS

MC Peláez Fernández, AB Medina Camean, SI Laca García, MA Pomar Amillo, MM González Rancaño, R Houghton García

Servicio de Atención Médica Urgente (SAMU). Servicio de Salud del Principado de Asturias. Oviedo

Palabras Clave: SCACEST, angioplastia primaria, tiempos

Objetivos:

En 2011 y siguiendo la Estrategia en Cardiopatía Isquémica del SNS, Asturias puso en funcionamiento el Código Corazón (nombre que recibe el Código Infarto), protocolo de coordinación, asistencia y transporte urgente de pacientes para reperusión precoz del SCACEST.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional descriptivo trasversal de los Códigos Infarto (CI) atendidos por el SAMU-Asturias en el periodo 2011-2015. Variables: tiempos de demora entre inicio de síntomas, primer contacto médico (PCM), activación del CI y llegada al Hospital para ICP. Se comparan estos tiempos tanto para pacientes que consultan en las 2 primeras horas de síntomas (tiempo objetivo PCM-llegada al Hospital ICP $\leq$ 60 minutos), como en aquellos que lo hacen después de esas 2 primeras horas (tiempo objetivo PCM-llegada al Hospital ICP $\leq$ 90 minutos). También se comparan los tiempos entre pacientes atendidos a nivel prehospitalario (G1) y aquellos que consultaron en hospitales sin ICP (G2). La comparación de proporciones se realizó mediante ji-cuadrado, la de medias por T-student.

Resultados:

Se analizaron 1714 casos. La mediana de PCM-llegada del paciente al Hospital ICP fue 56 minutos, 88,8% con tiempo $\leq$ 90 minutos (93,5% en el G1, 80,7% en el G2, $p<0,001$). En pacientes que consultaron en las 2 primeras horas, la mediana fue 53 minutos, 62,4% con tiempo $\leq$ 60 minutos (73,5% en el G1, 36,3% en el G2, $p<0,001$). Los peores tiempos ocurren en pacientes atendidos en el área VI, por la UME-6 o en el Hospital Grande-Covián, en especial en aquellos que consultan en las 2 primeras horas.

Conclusiones:

El SAMU-Asturias cumple los objetivos de tiempo establecidos para el Código Corazón. La mejor opción para el paciente es ser atendido por las UME del SAMU a nivel prehospitalario y trasladado directamente a hemodinámica. Son necesarias iniciativas que aconsejen que ante un dolor torácico coronario se llame al 112. Deberían hacerse esfuerzos para acelerar el diagnóstico y traslado de estos pacientes, sobre todo en aquellos que consultan en las 2 primeras horas de síntomas.

P-506

PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE SEMICRÍTICOS

FX López Altimiras, JA Gutiérrez Zubiaurre, N Pomares Quintana, G Ormeño Victorero, J Casabon Salas, C Sanclemente Ansò

Hospital de Mollet. Aiguafreda, Barcelona

Palabras Clave: semicríticos, insuficiencia respiratoria

Objetivos:

Analizamos las características de los pacientes con diagnóstico de insuficiencia respiratoria (IR) atendidos en la Unidad de Semicríticos (USC), integrada en el Servicio de Urgencias, de un Hospital comarcal sin Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Material o pacientes y método:

Se analizan las características de los pacientes ingresados en la USC con diagnóstico de IR partir de los datos recogidos en una base de datos creada específicamente para registro de la actividad de la USC. Se procede al análisis estadístico con el paquete SPSS.

Resultados:

Se ha ingresado un total de 328 pacientes con diagnóstico de IR, siendo un 21,32% del total de los atendidos en la USC en el mismo periodo. 196 (59,8%) eran varones, la edad media fue de 68,7 años (16-93), 70,05 años (16-93) las mujeres y 67,9 (18-90) los varones. Diagnósticos: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 108 (32,9%), 72 (66,6%) con insuficiencia respiratoria hipercápnica. Sepsis de origen respiratorio 39 (11,9%), 65 (20%) presentaron neumonía. Obesidad hipoventilación 19 (5,8%). Tromboembolismo pulmonar 12 (3,6%) y otras patologías 37 (11,2%). Recibieron soporte respiratorio 189 (57,6%) pacientes, 171 (52,1%) ventilación no invasiva (VNI) i 23 intubación orotraqueal y ventilación invasiva (VI). Fueron alta a planta 266 (81%), se trasladaron a centro de referencia 33 (10%), de los cuales 22 (66,6%) en VI. Fallecieron 19 (5,8%) pacientes y la estancia media fue de 4,8 días.

Conclusiones:

Los pacientes atendidos con diagnóstico de IR en la USC han sido varones en casi un 60% de casos, con una edad promedio de 69 años. El diagnóstico más frecuente ha sido la EPOC, con un predominio de casos en insuficiencia respiratoria hipercápnica. Más de la mitad de los pacientes han recibido VNI, mayoritariamente los pacientes con EPOC. La mayoría de los traslados a centro de referencia lo ha sido por precisar VM.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

O-507

PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE SEMICRÍTICOS

FX López Altimiras, JA Gutiérrez Zubiaurre, G Ormeño Victorero, J Casabon Salas, N Pomares Quintana, C Sanclemente Ansò

Hospital de Mollet. Aiguafreda, Barcelona

Palabras Clave: EPOC, semicríticos, urgencias

Objetivos:

Presentamos las características de los pacientes con Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) atendidos en la Unidad de Semicríticos (USC), integrada en el Servicio de Urgencias, de un Hospital comarcal sin Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Material o pacientes y método:

Se evalúan las características de los pacientes con EPOC atendidos en la USC a partir de los datos recogidos en base de datos creada específicamente para registro de la actividad de la USC. Se procede al análisis estadístico con el paquete SPSS.

Resultados:

Estudiamos 328 pacientes (60% varones) ingresados en la unidad de semicríticos con el diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda con una edad media de 69 (DE 16) años. Del total de pacientes, 108 (33%) tenían el diagnóstico de EPOC. El 75% procedía del servicio de urgencias. El 58% de los pacientes necesitó soporte ventilatorio, 51% con Ventilación no invasiva (VNI) y 7% con intubación orotraqueal y ventilación mecánica invasiva. La estancia media fue de 3,8 (DE 4,5) días. Fallecieron 19 (6%) pacientes. Cuando comparamos los pacientes con agudización de la EPOC respecto al resto, observamos que los pacientes con EPOC eran mayoritariamente hombres (86% vs 47%, $p<0,0001$), de edad más avanzada (73 vs 66 años, $p<0,0001$) y requirieron más frecuentemente soporte ventilatorio (79% vs 48%, $p<0,0001$), aunque la mortalidad entre ambos grupos fue similar (4% vs 7%, $p=NS$). Las únicas variables que observamos relacionadas con la mortalidad fueron la edad, superior entre los pacientes fallecidos (78 vs 68 años, $p=0,007$), y el mayor grado de dependencia medido mediante la escala de Barthel (25 vs 56 puntos, $p<0,0001$).

Conclusiones:

Los pacientes ingresados en la USC por descompensación de EPOC, en comparación con el resto de pacientes, eran varones, de edad más avanzada y precisaron VNI con mayor frecuencia. Se relacionaron de manera significativa con la mortalidad la edad avanzada y una puntuación superior en la escala de Barthel.

P-508

SEPSIS POR ESTREPTOCOCCO DEL GRUPO A, E. PYOGENES, EN ADULTOS. ESTUDIO RETROSPECTIVO 2005-2015 EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO, BILBAO

MA San Martín Díez, P Martínez Olaizola, A Burzaco Sánchez, M Martínez Ortiz de Zárate, R Cisterna Cáncer, M Varona Peinador, M Plaza San Martín

Hospital Universitario Basurto. Bilbao

Palabras Clave: Streptococcus pyogenes, C01. 539. 757. 800, sepsis C01. 539. 757, septic shock C01. 539. 800

Objetivos:

El Estreptococo del grupo A (SGA), Estreptococo pyogenes, es un coco Gram + aeróbico, productor de infecciones de amplio espectro clínico. La evolución clínica habitualmente es favorable, con menos frecuencia causa infecciones invasivas graves. Representan el 0,6% de las bacteriemias del adulto.

Material o pacientes y método:

Se obtuvieron 362 aislamientos de SGA en el periodo 2005-2015. Cumplían criterios de infección invasiva grave/sepsis 48 pacientes.

Resultados:

El 60,4% eran hombres y el 39,6 % mujeres, media de edad de 63 años. Las comorbilidades más frecuentes eran cardiopatía 25%, insuficiencia renal 18,8%, enfermedad vascular periférica 16,7%, En 18,8% % de los pacientes se objetivó una lesión previa en piel. El 12,5% presentaban herida quirúrgica y el 8,3% eran portadores de catéter como factores de riesgo. 8,3% recibían tratamiento inmunosupresor. En el 17% transcurrieron 12 horas desde inicio del primer síntoma hasta el cuadro de infección invasiva grave/sepsis ya establecido. Presentaron fiebre 91,7%, clínica en tejidos blandos 56,3% y respiratoria 37,5%. Los hemocultivos fueron positivos en el 63,2%. En el 22,9% de los pacientes se aisló el germen simultáneamente en hemocultivos y en cultivo de otra localización. Los paciente fueron tratados desde el inicio del cuadro con terapia combinada según las guías de sepsis graves. Los antibióticos mas frecuentemente administrados fueron carbapenems 53,8%, cefalosporinas de 1º ó 2º generación 35,8 %, Vancomicina 30,7%. Se realizaron técnicas quirúrgicas de drenaje y/o desbridamiento en el 33,3%. Ingresaron en UVI el 41,7 % de los pacientes falleciendo el 16,7%. Se objetivaron secuelas en un 14,6 %.

Conclusiones:

La infección invasiva grave *Streptococo pyogenes*, tiene una alta mortalidad. El 89,6% de los pacientes son inmunocompetentes a diferencia de décadas anteriores en que se asociaba a pacientes de más de 60 años e inmunodeprimidos. Una celulitis de apariencia banal puede desembocar en una infección grave con una alta mortalidad. Por ello es prioritario realizar un diagnóstico y tratamiento médico/quirúrgico precoces.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-509

DOLOR TORÁCICO EN ADOLESCENTES. ¿SIEMPRE ES BANAL?

I Fernández Concellón, M Moya de la Calle, M Varela Patiño,
RM Castellanos Flórez, I Cebrián Ruiz, S Sánchez Ramón,
M Álvarez Rabanal

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Palabras Clave: cardiac, diseases, adolescent

Objetivos:

El dolor torácico no traumático supone el 5-20% de las consultas en los Servicio de Urgencias Hospitalarios (SUH). En los adolescentes es poco frecuente y generalmente se asocia a patología banal, pero se ha visto que la mayoría de los adolescentes con muerte súbita (MS), antes del evento habían pasado varias veces por algún médico. Debemos mantener la alerta para el diagnóstico precoz, prestando atención a los jóvenes con síntomas de alarma.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo de los pacientes que acuden a por DT, en 2015, excluyendo patología traumática. Se analizaron los pacientes menores de 21 años, y los que fueron ingresados en cardiología, por riesgo. Se estudiaron todas las historias manualmente, recogiendo datos de filiación, pruebas complementarias, diagnóstico, manejo, tratamiento y seguimiento de estos pacientes y se examinaron los datos estadísticamente con el SPSS.

Resultados:

De los DT sólo 152 tenían entre 14-21 años, En 8 pacientes se precisó ingreso, 5 hombres, 3 mujeres. Sólo 1 tenía antecedentes familiares de patología cardíaca precoz. Los diagnósticos de riesgo elevado que ingresaron fueron: valvulopatía (2), aumento enzimas cardíacas por sobreesfuerzo(2), síncope neuromediado y dolor torácico (1), palpitaciones (1), malformación vascular (1) y comunicación interauricular (1). La exploración física fue normal en todos excepto 1 de los pacientes, que presentaba soplo en foco pulmonar. Las pruebas complementarias realizadas en todos los casos fueron: radiografías de tórax, electrocardiograma, telemetría y seriación enzimática, (4 presentaron elevación de enzimas cardíacas). Se realizaron ergometría en 2 casos, en 1 RM, TAC cerebral en 3 pacientes, y 5 precisaron ecocardiograma (encontrando patología cardíaca estructural en 2 pacientes).

Conclusiones:

Los SU son primordiales para estratificar el riesgo de los pacientes que pueden presentar patología cardíaca. Los adolescentes, aunque son una población sana en su mayoría, pueden presentar problemas cardíacos graves, que no deben menospreciarse. La historia clínica dirigida, la exploración física y el electrocardiograma, así como la sospecha precoz son claves para identificar los síntomas que actúan como resultado o aviso de patologías potencialmente graves y mortales.

O-511

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR PATOLOGÍA VASCULAR AGUDA POR LOS EQUIPOS DE EMERGENCIAS EN ANDALUCÍA

JM Villadiego Sánchez (1), A Caballero García (2),
J Borja Padilla (2), A Romero Hidalgo (2), S Cruz García (2)

(1) Empresa Pública de Emergencias de Andalucía,

(2) EPES-061. Sevilla

Palabras Clave: patología vascular, estatinas, epidemiología

Objetivos:

La cardiopatía isquémica y el ictus agudo comparten en común los términos patología tiempo dependiente, es decir se dispone de una ventana terapéutica, desde el inicio de los síntomas hasta el tratamiento de reperusión. Los servicios de emergencias prehospitalarios juegan un papel fundamental comenzando nuestro proceso en la gestión de la llamada por el centro coordinador de urgencias y emergencias (CCUE).

Material o pacientes y método:

Estudio observacional retrospectivo de pacientes atendidos por equipos de Emergencias 061 de Andalucía desde el uno de enero al treinta y uno de diciembre del año 2015. Hemos analizado de síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST, y la enfermedad cerebrovascular mal definida.

Resultados:

Hemos analizado un total de 3637 historias clínicas de pacientes atendidos por equipos de emergencias 061 de Andalucía durante el periodo de recogida de datos. En los juicios diagnósticos según la tabla CIE 9 destacan el código 410 referente al síndrome coronario con elevación del segmento ST con 27. 1% (987), la angina sin elevación del segmento ST y códigos 411 y 413 que representa el 30. 6% (1112) y por ultimo la enfermedad cerebrovascular mal definida que representa el 42. 3% (1538). El 75% (2727) de los pacientes no tomaba ningún tipo de antiagregante. Solo el 23% tomaban medicación hipolipemiente a pesar de tener enfermedad previa.

Conclusiones:

La mayoría de los pacientes con evento agudo no tomaba medicación hipolipemiente y en muchos casos conocía la enfermedad.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

O-512

PERSPECTIVA DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR PREHOSPITALARIA EN SAMUR

R Gómez Soler (1), M García-Ochoa Blanco (1), I Ortega de Ballón (1), M Batlle Pérez (2), B Motrel Berjano (1), A Casas Temprano (1)

(1) Samur-Protección Civil. Madrid, (2) Hospital del Henares. Madrid

Palabras Clave: atrial fibrillation, treatment, -prehospital

Objetivos:

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en la población adulta, con alta prevalencia (4 a 4,4%) en la población. Queremos reflejar la incidencia ésta patología en los pacientes atendidos en un servicio de emergencias prehospitalaria (SEM), determinando pacientes con primer episodio y descompensación de formas persistentes o permanentes, correlación entre la frecuencia cardiaca inicial y tratamiento prescrito además de anticoagulación encontrada.

Material o pacientes y método:

Estudio transversal de pacientes atendidos por SEM en Madrid con diagnóstico final FA año: 2015 Variables: epidemiológicas, FA menor 48 h y mayor 48 h, frecuencia cardiaca, y tensión arterial sistólica inicial, tratamiento in situ: (adenosina, metoprolol, verapamilo, amiodarona, atropina, cardioversión) analítica, ecografía, anticoagulación, traslado y preaviso hospitalario. Estadística medidas centrales dispersión, frecuencia absolutas y relativas. Contraste de hipótesis: Prueba de Kolmogorov-Smirnov $p < 0.05$.

Resultados:

$n=142$ con edad media 74 años (DE: 13. 3), hombres (76) (53,1%), el 92. 9%(132) trasladados al hospital y con preaviso 1,39%. Encontramos 68 (47,6%) pacientes con criterios electrocardiográficos de fibrilación auricular menor 48 h y 74 (51,7%) mayor 48 h (fibrilación permanente, persistente o con síntomas de más de 48 h). frecuencia cardiaca inicial: 118,81(DE: 41. 8) lpm, tensión arterial sistólica inicial: 125 (DE: 32. 78). mmHg. Analítica en 48,9%, ecografía 0. 69%. Se trató al 54,7% de los pacientes con una frecuencia cardiaca mayor de 120lpm con metoprolol, verapamilo, amiodarona, adenosina. y el 46% pacientes con frecuencia cardiaca menor 60 lpm, con atropina En pacientes con fibrilación auricular menor 48 h, el 32% fueron tratados *in situ* con antiarrítmicos: adenosina 4,4%, metoprolol 13,2%, verapamilo 10,3%, amiodarona 5,3% y solo un paciente además con cardioversión eléctrica. Anticoagulantes registrados en pacientes con fibrilación auricular mayor 48 h: acenocumarol (59,5%), heparina bajo peso molecular (4,1%) y dabigatrán (2,7%).

Conclusiones:

En nuestro estudio solo se trata apenas a un tercio de los pacientes con fibrilación auricular de aparición menor a 48 horas con respuesta ventricular rápida. Según las guías clínicas se debe realizar un mayor control del repuesta ventricular, además de iniciar anticoagulación precoz con la valoración de escalas de riesgo de ictus (CHA2DS2-VASc y HAS-BLED).

O-513

PERFIL DE LA SEPSIS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREVIEJA DURANTE 2015

RJ del Río Navarro, JC Medina Álvarez, RF Santillán Saco, NC Condado Gómez, A Lombana Castillo, J Fernández Campillo, A Ropero Reyes

Hospital Universitario de Torrevieja. Alicante

Palabras Clave: sepsis, triage Manchester, mortalidad

Objetivos:

La sepsis un patología tiempo dependiente, continua siendo un reto para los servicios de urgencias, por lo que la ultima década, diferentes iniciativas globales, desarrollo esfuerzos por unificar criterios y pautas de activación de un código de atención que permita estandarizar las acciones clínicas y administrativas para disminuir la mortalidad y morbilidad.

Material o pacientes y método:

Revisión HC electrónicas de los diagnósticos CIE 10: SRIS por infección con disfunción y sin disfunción, sepsis, shock séptico, de los pacientes atendidos en el servicio de Urgencias, del 01 de Enero del 2015 al 31 de Diciembre del 2015, distribución por edad, nacionalidad, Triage Manchester, destino tras la atención en urgencias, y mortalidad general.

Resultados:

Se tuvieron en total 171 casos, con diagnósticos: SRIS sin complicación 97 (57%) SRIS complicados 59 (35%), septicemia 1 (1%), bacteremia 1 (%). Al inicio de la atención fueron triados usando el sistema Manchester: Inmediata 39 (23%), muy urgente 97 (57%), urgente 34 (20%), menos urgente 1 (1%).

Conclusiones:

Se ha logrado activar en forma adecuada usando el Manchester el 80% de casos atendidos, no obstante se diseñará un proceso específico para la sepsis. La estabilización en el servicio de Urgencias es adecuada en las 24 h iniciales. La nacionalidad mayoritaria es la española seguida de la inglesa. El 61% hombres y el 39% mujeres. Se ha encontrado una disminución de casos mortales en el servicio, el 2015 es 0,6%. El destino tras la atención de Urgencias es Medicina Intensiva y Medicina Interna.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-514

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA PULMONAR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

D Toresano López, H Molina Llorente, P Hernández Martínez, I Sanlés González, P Garmilla Ezquerra, V Mora Cuesta

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras Clave: tromboembolismo pulmonar, urgencias

Objetivos:

La enfermedad tromboembólica pulmonar (TEP) se asocia a una elevada incidencia y alta morbilidad.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de pacientes con diagnóstico al alta de TEP durante el periodo 2010 - 2015, mediante la información recogida por el Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

Resultados:

Tamaño muestral de 778 pacientes. Mediana de edad 76 años. 58% mujeres. El 55,2% presentaban factores de riesgo considerados como intermedios o altos. En 4. 1% de casos ocurrió sobre tratamiento anticoagulante a dosis plenas, y el 2. 4% a dosis profilácticas. El 45% presentaban neoplasia asociada. Aproximadamente, la mitad de ellas fueron posteriores al TEP. La principal forma de presentación fue la disnea (77. 7%) y el dolor torácico (37%). El 18. 2% presentaban signos en la exploración física sugestivos de trombosis venosa profunda (TVP). Los hallazgos en el ECG fueron: normal (45%), sobrecarga derecha (14%), BCRDHH (12. 8%), S1Q3T3 (11. 8%), radiografía de tórax: normal (51,8%), infarto pulmonar (16,6%), derrame pleural (11,6%), gasometría arterial: insuficiencia respiratoria parcial (46%). El dímero-D se determinó en 69% de pacientes, con valor medio de 12456 (>500 ng/ml en el 98. 4%). La troponina I se determinó en 52% de casos (> 0. 15 µg/ml en el 32. 6%). Se realizó angio-TC en 92% de casos: 21% con datos de sobrecarga derecha, gammagrafía en 11. 6%, ecocardiografía en 47. 8%: 22,9% sobrecarga del ventrículo derecho, eco-doppler de EEII en 58%: positiva en 27% (disociación entre sospecha clínica y radiológica ($p>0,05$)). El 3% de pacientes presentaban situación de shock a su llegada al Servicio de Urgencias. Un 4,8% del total recibieron tratamiento fibrinolítico (10% complicaciones). Un 2. 5% se fueron de alta precoz, de ellos 0. 8% con hospitalización domiciliaria. Un 2. 9% falleció en las primeras 48 horas y un 8. 7% en el primer mes. El tratamiento inicial más utilizado fue con HBMP y al alta con AVK (71%).

Conclusiones:

Para el diagnóstico de TEP es primordial una sospecha clínica fundamentada en los factores de riesgo y la clínica. Una vez identificada, es importante realizar una actitud terapéutica basada en la situación hemodinámica y las características clínicas de cada paciente.

P-515

INTOXICACIONES MEDICAMENTOSAS VOLUNTARIAS EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

P Fernández Fernández, VC Alonso del Rivero Hernández, MN Fernández Díaz

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Palabras Clave: intoxicación medicamentosa voluntaria, epidemiología, urgencias

Objetivos:

Los intentos autolíticos suponen un problema sanitario de primer orden por su frecuencia y morbilidad. El método más empleado es la IMV, con una incidencia anual en el medio extrahospitalario de 28/100000 habitantes y de 170/100000 habitantes en el medio hospitalario. Abarca unas ¾ partes de los casos de tentativas autolíticas. Se detecta un alarmante aumento de las IMV en todos los grupos de edad, siendo más acusado en el mundo occidental desarrollado. Se llegó a considerar la epidemia del siglo XX durante los años 50. Actualmente representan alrededor del 1% del total de urgencias en España.

Material o pacientes y método:

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, analizando los casos de IMV en nuestro servicio, a través de la revisión de la historia clínica electrónica de los pacientes atendidos en el último trimestre del 2015.

Resultados:

De 25650 paciente atendidos en nuestro servicio durante este periodo, 91 acudieron por IMV, con una incidencia del 0,4%, observándose un predominio del sexo femenino (62,6%). El rango medio de edad predominante en ambos sexos es de 26-50 años (58,2%). Las benzodiazepinas fue la medicación ingerida con mayor frecuencia (48%), seguido de combinación de fármacos (23%), antidepresivos (13%) y analgésicos (8%). El 73,6% de los pacientes tenían historia en Salud Mental, un 31,8% antecedentes previos de IMV y el 26% de los casos iban asociados al consumo de alcohol. El 46% de los pacientes ingresó en la unidad de observación para tratamiento y valoración psiquiátrica, el 19% precisó hospitalización en psiquiatría y un 6% en UVI.

Conclusiones:

Tras los resultados obtenidos se confirma que existen factores relacionados como son el sexo femenino, edad, antecedentes psiquiátricos o intoxicaciones previas que predisponen de manera importante a sufrir un episodio de IMV. Los datos muestran un elevado número de intoxicaciones por benzodiazepinas, debido probablemente a su extenso uso en la población general. Aunque el pronóstico es bueno, un porcentaje importante requiere tratamiento en urgencias o ingreso en psiquiatría.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-516

CÓDIGO CORAZÓN EN ASTURIAS: CARACTERÍSTICAS DEL PROTOCOLO Y ANÁLISIS DE LOS CASOS ATENDIDOS POR EL SAMU-ASTURIAS EN 5 AÑOS DE FUNCIONAMIENTO DEL CÓDIGO INFARTO

AB Medina Camean, SI Laca García, MM González Rancano, MA Pomar Amillo, MC Peláez Fernández, R Houghton García

Servicio de Atención Médica Urgente (SAMU). Servicio de Salud del Principado de Asturias. Oviedo

Palabras Clave: SCACEST, angioplastia primaria, código infarto

Objetivos:

La angioplastia primaria es el tratamiento de reperfusión recomendado para el SCACEST por encima de la fibrinólisis. En 2011 Asturias puso en funcionamiento el Código Corazón (nombre que recibe el Código Infarto), dando cobertura con angioplastia primaria al 92% de la población, con 2 Hospitales de referencia. El SAMU-Asturias, atiende al 70% de estos pacientes, siendo eslabón fundamental en dicho protocolo.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional descriptivo transversal de los Códigos Infarto (CI) asistidos por el SAMU-Asturias en el periodo 2011-2015. Variables: distribución de casos por área sanitaria, mes, hora del día, sexo, edad, lugar de primera asistencia, Hospital ICP de destino y recurso usado para su traslado. La comparación de proporciones se realizó mediante chi-cuadrado, la de medias mediante T-student.

Resultados:

Se analizaron 1714 casos. El área III (Avilés) es el de mayor número de casos. En Gijón y Oviedo, el 42% y 60% consultaron directamente en los Servicios de Urgencia de los 2 Hospitales ICP de referencia. Octubre- Diciembre son los meses de mayor casuística. El 77,6% de los casos ocurren de 8 de la mañana a 10 de la noche. La hora punta es entre las 11: 00-13: 00. El 76% eran hombres. La edad media 63 años (60,8 en mujeres, 70 en hombres). El 29,8% fueron atendidos en Centro Sanitario Prehospitalario, 25,8% en domicilio y 37% en Hospital sin ICP. El HUCA fue el Hospital ICP de destino en el 57%. La UME-4-Oviedo fue la que más casos atendió.

Conclusiones:

El SAMU-Asturias garantiza la posibilidad de angioplastia primaria como tratamiento de reperfusión al 92% de la población asturiana. En el periodo 2011-2015 intervino en el 70% de los casos de Código Corazón. Las UME del SAMU atienden de mano al 25% de los casos (el 75% restante acude a un Centro Sanitario). Los pacientes atendidos por el SAMU son varones de 70 años de edad, durante las horas diurnas (8-22 horas) y con mayor incidencia en los meses de octubre-diciembre.

P-517

JUSTIFICACIÓN DE LA CREACIÓN DE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE URGENCIAS. TODO UN CHOLLO PARA LA GESTIÓN HOSPITALARIA

L Lapuerta Irigoyen, P Gualar Sola, E Antolín Barrios, E del Hoyo Peláez, A García Gil, S Alconchel Gracia, N Galán Iguacel

Servicio de Urgencias. Hospital Santa Bárbara. Gerencia Integrada de Soria

Palabras Clave: unidad de corta estancia de urgencias, adecuación de ingresos, ahorro en estancias

Objetivos:

La UCEU (unidad de corta estancia de urgencias) del Hospital Santa Bárbara de Soria, es la pionera de la Comunidad de Castilla y León, estando actualmente en su quinto año de vida. El año previo a la entrada en funcionamiento de la UCEU el total de ingresos representaba el 21. 42%, siendo en 2005 del 19,2%. El interés de esta unidad radica en la atención a pacientes con patologías agudas que no precisan recursos extraordinarios, y a pacientes con patologías crónicas cuyo único objetivo consiste en la estabilización de su proceso.

Material o pacientes y método:

Se realiza un estudio descriptivo realizado durante 4 años (enero 2012 a diciembre 2015). Durante este periodo han ingresado 2180 pacientes sobre un total de 114701 urgencias. La atención es realizada por especialistas del propio servicio, con funcionamiento las 24 horas del día, los 365 días del año. Los ingresos vienen indicados desde el propio servicio, o desde otros servicios para la realización de determinados procedimientos. Se explica la distribución estadísticas en la presentación.

Resultados:

La UCEU dispone de 6 camas con posibilidad de monitorización continua. Su puesta en funcionamiento ha supuesto un descenso en el total de ingresos del 2. 2%. La media de edad de los pacientes fue de 69,6 años, y la estancia media de 1. 09 días, frente a los 8. 72 días en la hospitalización convencional. Del total de ingresos en UCEU, un 11. 9% precisaron ingreso convencional, bien por complicaciones o por mala selección.

Conclusiones:

La creación de la UCEU, vienen a cambiar la antigua filosofía del ingreso hospitalario. La reducción de las estancias hospitalarias con la misma calidad, es su razón fundamental. Una correcta selección de los ingresos, puede suponer una reducción de hasta un 4% del total de ingresos. Pero para el buen funcionamiento no solo hace falta una buena selección de pacientes, sino personal experimentado y con dedicación, lo que lleva consigo el incremento de las ajustadas plantillas de urgencias. Para finalizar, indicar el importante ahorro que supone estas unidades, precisando de herramientas de gestión de las mismas, que hasta la fecha no están implantadas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-518

PREVALENCIA DE LA FIBRILACIÓN Y FLUTTER AURICULAR Y FACTORES ASOCIADOS EN LA POBLACIÓN GENERAL ATENDIDA EN URGENCIAS HOSPITALARIAS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN. ESTUDIO SARA III

C Garcés San José (1), JE Alonso Formento (1), MJ Pueyo Morer (1), V Estabén Boldova (1), C Montesa Lou (2), M Muñoz Pintor (3), I Ortega Castrillo (4)

(1) Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza, (2) Hospital Ernest Lluch de Calatayud, (3) Hospital San Jorge. Huesca, (4) Hospital de Barbastro

Palabras Clave: atrial fibrillation, atrial flutter, prevalence

Objetivos:

La fibrilación auricular (FA) y el flutter auricular (FLA) son las arritmias sostenidas más frecuentes. En España hay pocos datos epidemiológicos que permitan conocer las cifras de prevalencia de FA/FLA en la población general.

Material o pacientes y método:

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de aquellos pacientes mayores de 14 años atendidos en los Servicios de Urgencias de la red de Hospitales del SALUD, con un diagnóstico de fibrilación auricular o flutter auricular, durante los últimos 6 meses de 2012 a 2015. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de la historia clínica informatizada del paciente.

Resultados:

Durante el último semestre de 2012 a 2014 se atendieron 801204 pacientes en los servicios de urgencias de los Hospitales revisados. De todos ellos 6738 pacientes (0,84%) tenían diagnóstico de fibrilación o flutter auricular. De éstos un 86,1% (5799) tenían fibrilación auricular y un 11,3% (759) flutter auricular. La edad media de los pacientes fue de 75,29 años. La prevalencia va aumentando desde el grupo de edad de 20-25 años hasta un máximo de 3,41% en el grupo de 85-90 años. A partir de los 90 años desciende ligeramente. La prevalencia en pacientes mayores de 14 años fue de 1,05%. Un 49,4% fueron hombres. La prevalencia fue mayor en hombres hasta los 75 años, y a partir de los 75 es mayor en mujeres. Las patologías asociadas más frecuentes fueron en orden decreciente: hipertensión arterial (65,7%), Diabetes Mellitus (20,7%), insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, ictus, valvulopatía, insuficiencia renal, vasculopatía periférica e insuficiencia hepática.

Conclusiones:

Es importante conocer la prevalencia de estas arritmias, así como los factores de riesgo asociados más frecuentes, para la mejor detección de estos pacientes y poder prevenir los eventos embólicos con anticoagulantes.

P-519

INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

V Hidalgo Sedano, M del Olmo Morales, R Palacios García, P Fraguas Reverendo, MB Arciniega Salazar, AI Vélez Castilla

Unidad de Corta Estancia. Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: infección urinaria, pielonefritis, UCE

Objetivos:

Las infecciones del tracto urinario (ITU) y las pielonefritis agudas (PNA), son causa muy frecuente de ingreso en una Unidad de Corta Estancia.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo del total de pacientes ingresados en los tres años de funcionamiento de la UCE, con los diagnósticos de ITU y/o PN. Se consideran aspectos como el perfil clínico del paciente según sexo, edad y factores de comorbilidad, el diagnóstico microbiológico y tipo de germen causal, así como el antibiótico utilizado, valorando también evolución clínica, estancia media y destino al alta de la Unidad.

Resultados:

Han ingresado con estos diagnósticos en UCE un total de 342 pacientes (11,8% del total), con una edad media de 52 años, con predominio de mujeres (72%). El método microbiológico diagnóstico fundamental ha sido el urocultivo en el 97% de los casos. El germen más frecuente causal ha sido el E. Coli (en el 91% de los cultivos positivos). Los betalactámicos, especialmente cefuroxima han sido los antibióticos más usados de acuerdo al mapa de sensibilidades del centro (en un 92%). Las quinolonas solo se han usado en un 6%. La estancia media ha sido de 2,38 días, y en el 96% de los casos fueron alta de la unidad, precisando ingreso en hospitalización convencional en un 4%. En un 6% continuaron tratamiento antibiótico endovenoso (TADE) con el servicio de Hospitalización a domicilio.

Conclusiones:

La Unidad de Corta Estancia es una alternativa de calidad para el manejo de los pacientes con criterios de ingreso y diagnóstico de ITU y/o PN, consiguiéndose reducir estancias hospitalarias con resultados óptimos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-520

TODO LO QUE SE ESCONDE DETRÁS DE UN TRIADO VERDE

MC Castillo Ruiz de Apodaca, JJ Giménez Mediavilla,
D González Rodríguez, C Torres Gómez de Cádiz,
T González Vila, J Gajate Cano, LI Zubillaga Carmona

SAMUR-Protección Civil. Madrid

Palabras Clave: triaje, CBRN, paciente

Objetivos:

Ante múltiples víctimas en incidentes NRBQ (nuclear, radiológico, biológico, químico) planteamos si el triaje habitual es útil, dado que los pacientes deben descontaminarse antes de ser asistidos, y las lesiones y/o técnicas realizadas dificultan la descontaminación. Entre las personas expuestas al producto, algunas no han desarrollado síntomas, pero pueden hacerlo a corto plazo. ¿Podemos considerarlos leves?. ¿Cuál es la prioridad en la descontaminación? ¿Qué preferencia damos a pacientes con lesiones menores, en función del producto agresor? Parece razonable considerar un sistema de triaje diferente en incidente NRBQ.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de datos obtenidos en la clasificación de pacientes en simulacros NRBQ recogidos en cuestionario. Variables: lesiones observadas, exposición al producto, clasificación en triaje tradicional, técnicas realizadas. Variable dependiente: triaje en NRBQ en las siguientes categorías: a) EXPUESTOS: en contacto con producto SIN síntomas b) AFECTADOS: en contacto con producto CON síntomas c) HERIDOS PUROS: expuestos con lesiones no relacionadas con producto d) HERIDOS MIXTOS: afectados con lesiones no relacionadas con producto.

Resultados:

Analizando 4 ejercicios NRBQ, se clasifican 251 pacientes. Se propone esta clasificación específica para estos escenarios. Los pacientes verdes, tienen preferencia para descontaminarse al no presentar síntomas (aunque probablemente evolucionen), y su descontaminación es muy rápida (EXPUESTOS). Los pacientes rojos, se descontaminarán con prioridad 1, y los amarillos con prioridad 2, en líneas de pacientes no válidos (AFECTADOS) Los HERIDOS PUROS (rojos/amarillos), necesitan una descontaminación compleja, pero rápida para no verse afectados por el producto. Los HERIDOS MIXTOS (rojos/amarillos), necesitan una descontaminación muy compleja, con tratamiento y estabilización sobre dos tipos de lesiones: las producidas por el producto y otras lesiones.

Conclusiones:

La asistencia en situaciones NRBQ depende de la capacidad de descontaminación del SEM, y la clasificación irá en relación a ésta. En NRBQ, los triajes habituales no sirven para priorizar la descontaminación, inicialmente. El tiempo de contacto con el producto es directamente proporcional al desarrollo de síntomas. Un paciente verde puede evolucionar rápidamente. El sistema propuesto define la priorización en descontaminación según la estructura de la línea: Estructura para válidos: expuestos + afectados válidos. Estructura no válidos: afectados no válidos, herido puro y herido mixto (todos rojos/amarillos).

P-521

PATOLOGÍA ASOCIADA A LOS PACIENTES CONSUMIDORES DE CANNABIS QUE ACUDEN A UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

L Delgado Alonso (1), B Martín Pérez (1), A Dueñas Laita (1),
P Royuela Ruiz (1), S Sánchez Ramón (1), R Rodríguez Calzada (2)

(1) SVB Medicalizado Medina de Rioseco. Valladolid, (2) UME 1. Valladolid

Palabras Clave: cannabis, servicios médicos de urgencia, psiquiatría

Objetivos:

El cannabis es la sustancia ilegal más consumida en España y de inicio más precoz.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo de Octubre 2014 a Septiembre 2015, de los pacientes con cannabis positivo en orina.

Resultados:

Se incluyeron 192 pacientes de los cuales 72,4% eran hombres. La edad media fue $33,41 \pm 11,6$ (rango de 14 a 67 años), sin existir diferencias significativas entre sexos. El 55,7% padecían enfermedad psiquiátrica previa (19,3% drogodependientes, 14,6% trastorno de personalidad, 11,5% síndrome ansioso-depresivo, 6,8% dependencia a alcohol, 3,6% alteración de la conducta). Otros antecedentes: 10,9% infecciosas, 9,9% neurológicas, 9,9% digestivas, 6,3% diabetes, 4,2% neumológicas, 3,1% hipertensión, 2,1% cardíacas, 2,1% renales, 2,1% oncológicas y 1% dermatológicas. Un 23,4% reconocía consumo abusivo de alcohol, 32,8% fumaban y 39,6% consumían otras sustancias. Los motivos de consulta que originaron la visita al SUH: 44,8% psiquiátricos, 15,6% traumatológicos, 13,5% tóxicos, 10,9% neurológicos, 8,3% neumológico y 5,2% cardiológico. Afirmaron haber consumido cannabis las horas previas un 21,9%, relacionando el consumo con la patología que aquejaban el 4,7%. Se realizaron 43,2% de interconsultas a psiquiatría. El 25% fueron positivos en la determinación de otras drogas (10,4% anfetamina, 9,9% cocaína, 6,35 opiáceos, 5,2% metadona, 3,1% MDMA, 2,1% metaanfetamina) y un 17,2% en alcohol en sangre. En cuanto al destino, el 58,9% fueron dados de alta, 12,5% ingresaron en psiquiatría, 9,4% fueron dados de alta con consulta en psiquiatría posterior, 7,3% ingresaron en planta convencional, 5,7% fueron alta voluntaria, 2,6% alta con consulta externa, 2,1% ingresaron en UVI y 1,6% fue trasladado a otro centro. Un paciente falleció por parada cardiorrespiratoria. El 56,2% tenían registradas atenciones previas en el último año.

Conclusiones:

Más de la mitad de los consumidores de cannabis que acuden al SUH padecen patología psiquiátrica previa, siendo el abuso de tóxicos y alcohol su principal problema. El primer motivo de atención es la descompensación psiquiátrica, sin embargo solo un pequeño porcentaje de los pacientes asocia su patología al uso lúdico del cannabis, restando importancia a su consumo.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-522

IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE VALORACIÓN Y RETRIAJE DE PACIENTES DE NIVELES II Y III EN EL ÁREA DE BOXES DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C Garcés San José, A Herrero Castejón, MA Javierre Loris,
B Gros Bañeres

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Palabras Clave: clinical safety, triage, emergency processes

Objetivos:

Los Servicios de urgencia hospitalaria son una de las áreas con mayor demanda y frecuentación de pacientes, esto puede condicionar el funcionamiento general del hospital. El alto número de pacientes atendidos en nuestro servicio puede generar retrasos en la resolución de procesos y la sobresaturación del servicio puede ocasionar problemas de seguridad clínica.

Material o pacientes y método:

En nuestro servicio, se atienden una media de 400 pacientes al día a los que el triaje asigna uno de los 5 niveles de asistencia establecidos, agrupando los niveles II y III el 75% de los pacientes. Dependiendo de nivel de triaje se establece como indicador de calidad, un tiempo de asistencia recomendado, de los niveles II sólo el 21,5% de los casos se ajustaba a los estándares y de los niveles III el 51,5%. Vistos los resultados se creyó necesaria la implantación de un protocolo de reevaluación de pacientes. Se identificaron los riesgos y se hizo un análisis y evaluación de estos actuando sobre aquellos que podrían ser modificables. Además se tuvieron en cuenta factores relacionados con el paciente y con la falta de comunicación entre estamentos asistenciales, las condiciones de trabajo y los factores organizativos.

Resultados:

Se estableció una lista de acciones de mejora y unos planes de acción además de elaborar un algoritmo de actuación y unos indicadores de evaluación y control que a fecha de hoy están pendientes de un análisis específico por parte del grupo de seguridad clínica del servicio.

Conclusiones:

El cumplimiento de los tiempos de atención/asistencia, es una tarea difícil que genera retrasos en la atención de los pacientes con el consiguiente riesgo potencial de complicación de los mismos, por ello es imprescindible tener bien definidos los circuitos asistenciales y las áreas específicas para la atención de los diferentes niveles de urgencia asignados en el área de triaje.

P-523

ANÁLISIS DEL SEGUIMIENTO DE LOS ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS RECOMENDADOS ANTE LA SOSPECHA DE EMBOLISMO PULMONAR EN FUNCIÓN DE LA EDAD, DIFERENCIAS EN LA PRESENTACIÓN CLÍNICA E INCORPORACIÓN DEL D-DÍMERO CORREGIDO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

L Lozano Polo, M Puig Campmany, I Díaz Rodríguez, I Agra Montava,
H Hernández Ontiveros, O Trejo Gutiérrez, S Benito Vales

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Palabras Clave: pulmonary embolism, clinical practice guideline

Objetivos:

Para el diagnóstico de embolismo pulmonar (EP) se recomienda la utilización de algoritmos diagnósticos basados en Escalas de Probabilidad Clínica (EPC) combinadas con D-dímero para determinar la indicación de tomografía con angiografía pulmonar (TC). La implementación en los Servicios de Urgencias (SU), reduce significativamente el número de TC realizados, pero su seguimiento es irregular, habiendo pocos datos en ancianos. Algunos estudios recomiendan el uso del D-Dímero corregido por edad (DDc) para aumentar la especificidad.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo. Incluye todos los pacientes >18 años, hemodinámicamente estables, con sospecha de EP durante el 2012 del SU. Les 4EPC utilizadas fueron: Wells y Ginebra, original y simplificadas en dos niveles, combinadas con D-Dímero estándar (DDs). También se evaluó EPC Wells simplificado combinado con DDc(edatx10).

Resultados:

Se incluyeron 779 pacientes, edad media=69. 2años±17. 6(rango 18-97), 51. 7% mujeres. El 65. 5% tenían >65años y 49. 9% >75a. La Incidencia de EP fue del 8. 3%. El DDs fue positivo en 68. 7% y el DDc en 58. 5%. Grado de seguimiento: Wells original, 53. 3%, Wells simplificado, 47. 6%, Wells simplificado+DDc, 55. 7%, Ginebra original, 38. 8%, Ginebra simplificado 39. 7%. En <50 años el cumplimiento es superior al 70%, mientras que en >65años se objetiva un cumplimiento <50% para Wells, <30% para Ginebra. El uso del DDc aplicado a la escala de Wells aumenta el cumplimiento de las guías un 8. 1% (10. 3% en >65 años). El síntoma más frecuente fue la disnea súbita (58,2%), especialmente en el grupo más anciano (< 50a, 41,2%, >65a, 63,7%, >85a, 68. 4%, >90a, 71, 1%). El dolor pleurítico (17,5%), era frecuente en el grupo de <50a(33,6%), pero disminuía con la edad. El síndrome confusional fue síntoma inicial en 4-5% de los >65a.

Conclusiones:

El seguimiento de los algoritmos varía en función de la edad (>75% en pacientes <50 años y disminuye al aumentar la edad). El algoritmo de Wells simplificado+DDc fue el que habría evitado más TCs innecesarios, sin excluir ningún EP, y el que más aumentaba el cumplimiento de las guías. La presentación clínica difiere en función de la edad y es más inespecífica en ancianos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-524

VERNAKALANT, A PROPÓSITO DE UN CASO

E Fuentes Miguel, M Barberá Salom, E Ríos, C Milian Donet, Y Donat, B López Cañas, T Blanco Barcenilla

Servicio Urgencias. Hospital de Liria. Valencia

Palabras Clave: fibrilación auricular, fracción eyección, vernakalant

Objetivos:

El hidrocloreto de vernakalant es un antiarrítmico de reciente aparición en el mercado y escaso uso en nuestra área, utilizado para la cardioversión farmacológica en episodios de fibrilación auricular de reciente comienzo (< 48 h) en pacientes con cardiopatía estructural, su elevado coste, en comparación con otros antiarrítmicos y su corta experiencia de uso, limitan su utilización. Hemos recogido los casos en los que se ha utilizado para cardioversión farmacológica según indicaciones de ficha técnica, es en ese proceso donde nos llamó la atención este caso por el número de dosis de hidrocloreto de vernakalant utilizadas en un mismo paciente.

Material o pacientes y método:

Varón 68 años, hipertenso, dislipémico, cardiopatía isquémica crónica SCAEST 2009 portador de 3 stent, en ecocardiograma realizado 2010 se objetiva ventrículo izdo en el límite superior de la normalidad con depresión moderada de la función sistólica, se estima por método Simpson 39%, acinesia de segmentos medios y apicales del septo y cara anterolateral.

Resultados:

Desde 2010 a 2015 ha presentado 9 episodios de fibrilación auricular con angina hemodinámica de los cuales 4 ingresaron, 1 revirtió de forma espontánea y 3 revirtieron en urgencias con vernakalant, en la primera dosis administrada, es decir antes de 10 mn evitándose el ingreso, como única complicación un bradicardia asintomática. En el último ingreso tras revaloración por cardiología ante múltiples ingresos por FA paroxística con angor hemodinámico asociados, con cateterismo sin más lesiones asociadas y sin nuevos eventos isquémicos, donde se aprecia un empeoramiento de la fracción de eyección (Simpson 30%) que puede tener que ver con su arritmia proponiéndose ablación que se realiza en septiembre 2015, no presentando nuevos eventos arrítmicos.

Conclusiones:

Hidrocloreto de vernakalant, se ha mostrado como un fármaco rápido, eficaz y sobre todo seguro, dado que se ha utilizado en un paciente con una fracción de eyección < 35 %.

P-525

DIAGNÓSTICO ENFERMERO E INTERVENCIONES EN FUNCIÓN DE LA DEPENDENCIA DEL PACIENTE CON ICTUS AGUDO BASADO EN LA ESCALA CINCINATTI EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO

I Molina Delgado (1), F Aranda Aguilar (1), J Borja Padilla (2), M Aranda Torregrosa (3), M López Aguilar (1)

(1) 061. Servicio Provincial de Córdoba, (2) 061. Servicio Provincial de Huelva, (3) SC. Assistant Sanitarias Care. Oxford

Palabras Clave: ictus agudo, diagnóstico e intervención, enfermero, grados dependencia del paciente

Objetivos:

El ictus agudo, patología de comienzo brusco y sintomatología característica, acompañado habitualmente por un desconocimiento de la enfermedad, es difícil de afrontar por el paciente, sobre todo en los primeros momentos: (¿Que me está pasando?, ¿Por qué no puedo hablar?, ¿Por qué no muevo el brazo?...). Es labor fundamental de Enfermería en la atención extrahospitalaria ayudar a afrontar esta enfermedad y suplir las necesidades básicas de las que se ha visto desprovisto bruscamente. La escala de Cincinatti es una herramienta rápida que nos permite evaluar de forma amplia el grado de dependencia que acaba de adquirir el paciente, siendo la puntuación 1 la de menor dependencia y 3 la de mayor. Nos enfrentamos a un paciente más o menos dependiente, por lo que tendremos distintos diagnósticos enfermeros y, por tanto, diferentes intervenciones.

Material o pacientes y método:

Búsqueda y consulta de bibliografía actualizada. Estudio de las historias con activación del Código Ictus atendidos durante el año 2015 por 061_Andalucía.

Resultados:

En la atención extrahospitalaria al paciente Ictus se aplican, en la mayoría de los casos, los mismos diagnósticos de enfermería y las mismas intervenciones, independientemente del grado de dependencia del paciente según la escala de Cincinatti.

Conclusiones:

En la asistencia extrahospitalaria, ante un paciente Ictus debemos diferenciar varios grados de dependencia según la puntuación en la Escala de Cincinatti. Debemos protocolizar la atención individualizada para determinar unos diagnósticos específicos e intervenciones adecuadas a su situación para suplir el grado de dependencia adquirido. Ejemplos: - Lenguaje anormal. Diagnóstico: 00051 Deterioro de la comunicación verbal. NOC: 0902 Capacidad de comunicación. NIC: 4974 Fomento de la comunicación, déficit del habla. - Fuerza en los brazos anormal: Diagnóstico: 00155 Riesgo de caídas. NOC: 1909 Conducta de seguridad: Prevención de caídas. NIC: 6490 Prevención de caídas. - Asimetría facial: Diagnóstico: 00118 Trastorno de la imagen corporal. NOC: 1200 Imagen corporal. NIC: 5400 Mejorar la autoestima.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-526

ANÁLISIS DEL DOLOR TORÁCICO Y SU RESOLUCIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

JM Garrido Castilla, F Oltra Hostalet, MM Portillo Cano,
C Navarro Bustos

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Palabras Clave: dolor torácico, cardiopatía isquémica, urgencias

Objetivos:

La evaluación del paciente con dolor torácico es uno de los mayores retos para los médicos que prestan asistencia en los servicios de urgencias, constituyendo una de las causas más frecuentes de consulta. Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en los países desarrollados y, de ellas, la enfermedad coronaria es la más prevalente y la que se asocia a una mayor morbilidad.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo transversal realizado en la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias del Hospital Universitario Virgen Macarena, siendo la población objeto del estudio aquella que consultó en el área de urgencias durante los meses de octubre y noviembre de 2015, que tengan entre sus juicios clínicos o motivos de consulta cualquier tipo de dolor torácico, o cualquiera de las formas de presentación de la enfermedad coronaria.

Resultados:

Se atendieron 1193 pacientes con dolor torácico, con una mediana de edad de 62 años (14-94 años) y una tasa de incidencia para dolor torácico de 2.3 por mil habitantes. Se dieron de alta desde el servicio de urgencias el 73.3%, con un ingreso en observación del 44.3% y en planta del 30.7%. Dentro de los destinos en planta el mayor porcentaje fue a medicina interna (39.8%), seguido de cardiología (32.4%). Dentro de los episodios, el 22.5% fueron por cardiopatía isquémica, de los cuales un 91.4% pasaron a observación siendo dados de alta el 25.3%, y pasando a cardiología un 41.3%. Dentro de la patología no isquémica, el mayor porcentaje de los pacientes ingreso en medicina interna (43%). En nuestra serie de casos se produjeron 4 éxitos.

Conclusiones:

El dolor torácico es una patología muy frecuente en nuestro medio. El mayor porcentaje de los episodios se resolvió en el área de urgencias, ya sea en consultas o en observación, mientras que la mayoría de los pacientes con cardiopatía isquémica tuvieron continuidad asistencial ingresando en su mayoría en planta de cardiología, llevando a cabo una actitud eficiente.

P-527

INCORPORACIÓN DEL PROCESO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIA

P Godoy Rodríguez, CA Yago Calderón, F Segura González

Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

Palabras Clave: donación de tejidos y órganos, muerte encefálica, hemorragia cerebral

Objetivos:

El liderazgo español en el proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos es indiscutible. Para mantener estos resultados es indispensable la incorporación de nuevas vías de obtención de órganos y tejidos.

Material o pacientes y método:

En los últimos 5 años en nuestro centro hospitalario (500 camas de hospitalización y 18 camas de cuidados intensivos) se ha establecido un protocolo consensuado entre la coordinación de trasplante, unidad de cuidados intensivos y urgencias para facilitar el ingreso de paciente con patología neurológica grave catastrófica no subsidiaria de tratamiento médico-quirúrgico en UCI con el único objetivo de incorporar la donación en los cuidados integrales al final de la vida.

Resultados:

Durante el año 2015, en nuestro centro, obtuvimos 41 donantes de órganos y tejidos (13 de los cuales procedían de donación en parada cardiocirculatoria y 28 de muerte encefálica), más 32 donantes multitejidos procedentes de parada cardiorrespiratorias. De los 28 donantes en muerte encefálica, el 25% correspondieron a pacientes cuyo motivo de ingreso en la UCI fue la donación, en este contexto, se realizó ventilación electiva no terapéutica - VENT- y entrevista familiar anticipada. De los 7 donantes donde se realizó VENT, todos ellos desarrollaron una situación clínica de muerte encefálica en el plazo máximo de 72 horas, generando 7 donaciones efectivas. Presentando una edad media de 78 años y siendo la hemorragia cerebral la causa que motivó el deterioro neurológico, que a su ingreso siempre estuvo por debajo de 6 puntos en la escala de Glasgow.

Conclusiones:

La incorporación de los profesionales de urgencias en la detección de posibles donantes ha hecho posible la optimización de la donación en muerte encefálica, ampliando el número de donantes y permitiendo mantener unas tasas de donación cercanas a los 40 donantes por millón de población.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-528

¿TRATAMOS IGUAL A LOS HOMBRES QUE A LAS MUJERES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS?

JA Sánchez Nicolás, MP Suárez Beke, P Lázaro Aragüés,
I Pagán Gómez, C Cinesi Gómez, E Santamaría Hernández,
P Piñera Salmerón

Hospital General Reina Sofía. Murcia

Palabras Clave: heart failure, emergency department, treatment

Objetivos:

La insuficiencia cardiaca aguda (ICA) es un motivo de consulta habitual en los servicios de urgencias (SU), se caracteriza generalmente por congestión pulmonar, aunque en algunos pacientes puede producirse una disminución del gasto cardiaco e hipoperfusión tisular. Es la principal causa de hospitalización en ancianos, con una elevada mortalidad y reconsultas produciendo un gran aumento del gasto sanitario.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, descriptivo sin intervención en pacientes que acude a nuestro SU en el periodo comprendido entre el 2012-2014 eligiendo dos meses aleatorios por año, por ICA según los criterios de Framingham. Criterios de inclusión: mayores de 18 años, con ICA y den su consentimiento por escrito. Las variables a estudio fueron: Sexo: Hombre (H), Mujer (M), tratamiento aplicado: drogas vasoactivas (dobutamina, dopamina, noradrenalina), betabloqueantes, diuréticos, nitratos, morfina, broncodilatadores B2, antibióticos, corticoides, digoxina, amiodarona, antiagregantes, anticoagulantes orales, estatinas, IECAS, ARA II, transfusión.

Resultados:

Durante los meses seleccionados del 2012-2014 consultaron 119 pacientes por ICA de los cuales 57 fueron mujeres(47,9%) y 62 hombres (52,1%). Drogas vasoactivas(dobutamina, dopamina, noradrenalina) no precisó ningún paciente, betabloqueantes 6,45% H, 26,31%M, diuréticos 75,8% H 87,7% M, nitratos 12,9% H 7,01% M, morfina 3,22% H, 1,35%M, B2 broncodilatadores 38,7% H, 22,63 M, antibióticos 16,1% H 36,8% M, corticoides 25,8% H, 29,8% M, estatinas 16,1% H 14,03% M, digoxina 16,1% H, 17,54% M, amiodarona 3,22% H 7,01% M, transfusión 1,61% H, 3,5 M, antiagregantes 27,4% H 27,4% M, ACO 32,25% H 42,1% M, IECAS/ARA2 24,19% H 35,08% M.

Conclusiones:

El tratamiento más utilizado en nuestro servicio de urgencias son los diuréticos, tanto en hombres como en mujeres. El segundo fármaco más utilizado son los broncodilatadores B2, si bien los reciben el doble de mujeres que de hombres. Ninguno de nuestros pacientes precisaron drogas vasoactivas en el episodio agudo. Existe una gran diferencia en el uso de b-bloqueantes en cuanto al sexo, se indican 4 veces más betabloqueantes en mujeres que en hombres; 4 de cada 10 mujeres que consultan en el servicio de urgencias reciben tratamiento con antibióticos y tan sólo 2 de cada 10 hombres.

P-529

¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS, LA EVOLUCIÓN Y EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA QUE ACUDEN A NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS?

JA Sánchez Nicolás, MP Suárez Beke, P Lázaro Aragüés,
I Pagán Gómez, A Martínez García, E Tomás Jiménez,
P Piñera Salmerón

Hospital General Reina Sofía. Murcia

Palabras Clave: heart failure, emergency department, patients

Objetivos:

La insuficiencia cardiaca aguda (ICA) es un motivo de consulta habitual en los servicios de urgencias (SU), y la principal causa de hospitalización en ancianos. Con una mortalidad elevada, aumentando en los cuadros de edema agudo de pulmón. Produciendo un gran número de consultas y reconsultas que aumentan el gasto sanitario.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, descriptivo sin intervención en pacientes que acude a nuestro SU en el periodo comprendido entre el 2012-14 eligiendo 2 meses aleatorios por año, por ICA según los criterios de Framingham. Criterios de inclusión: mayores de 18 años, con ICA y den su consentimiento por escrito. Las variables a estudio fueron: Sexo, comorbilidades, tratamiento recibido, Mortalidad intrahospitalaria, a los 30 días y al año, destino.

Resultados:

Durante los meses seleccionados del 2012-2014 consultaron 119 pacientes por ICA de los cuales 57 fueron mujeres(47,9%) y 62 hombres (52,1%). 115 pacientes(96,6) eran HTA, 94 pacientes 78,9% ICC previa, 65 pacientes (54%) FA, 64 pacientes (53,7%) DM, 52 pacientes (43,6%) DLP, 45 pacientes (37,8%) CI. Drogas vasoactivas (dobutamina, dopamina, noradrenalina) no precisó ningún paciente, betabloqueantes 6,45% H, 26,31%M, diuréticos 75,8% H 87,7% M, nitratos 12,9% H 7,01% M, morfina 3,22% H, 1,35%M, corticoides 25,8% H, 29,8% M. La mortalidad intrahospitalaria fue del 10,93% (13 pacientes), a los 30 días fue de 8,4% (10 pacientes) y al año fue de 17,65% (21 pacientes). Por Servicios: 17 pacientes fueron ingresados en Cardiología (14,2%), a Medicina interna 61 pacientes (51,2%), en Unidad de Cuidados Intensivos 13 pacientes (10,92) y en otros Servicios 4 pacientes (3,36%) y 24 pacientes fueron dados de alta directamente desde el servicio de Urgencias (20,19%).

Conclusiones:

El 100% de las insuficiencias cardiacas diastólicas se ingresaron. Más del 55% fueron ingresados en Medicina interna mientras que sólo el 14,2% se ingresaron en Cardiología. Las principales patologías asociadas a insuficiencia cardiaca de mayor a menor frecuencia fueron HTA, episodios de FA previa a la consulta, diabetes, dislipemia. Sólo el 10,93% de las muertes son intrahospitalarias. El tratamiento más utilizado en nuestro servicio de urgencias son los diuréticos, seguido de corticoides y betabloqueantes.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-530

EVALUANDO LA CONCORDANCIA ENTRE LA MAJOR TRAUMA REGISTRY OF NAVARRA (MTRN) E HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA (HCI)

B Ali Ali (1), M Fortún (2), J Rey (3), L Montes (3), T Belzunegui (3)

(1) Complejo Hospitalario de Navarra, (2) Hospital Reina Sofía de Tudela, (3) Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona, Navarra

Palabras Clave: concordancia, registro, traumatismo

Objetivos:

El trauma es la quinta causa común de muerte en España y la primera causa de mortalidad en menores de 45 años. En Navarra se ha visto un creciente incremento de muertes por los traumatismos en los últimos años. Con el fin de mejorar la calidad de los cuidados prestados a los pacientes traumatizados se implementó en 2010 en Navarra un Registro de Trauma (RT) denominado MTRN basado en el estilo Utstein. Para cumplir con los objetivos de mejora de calidad, los datos recogidos deben ser completos y fiables.

Material o pacientes y método:

MTRN. Criterios de inclusión: traumatizados con New Injury Severity Score (NISS) mayor > 15. Criterios de exclusión: traumatizados cuya admisión en el hospital se produjo tras más de 24 horas de sufrir la lesión, paciente declarado muerto antes de llegar al hospital, lesionados por ahorcamiento o pacientes quemados sin otras lesiones traumáticas. Se seleccionaron todos los casos registrados desde el 1 de enero de 2014 hasta el 31 de diciembre de 2014 de la MTRN. Se crearon dos grupos: grupo MTRN y grupo HCI los datos recogidos de HCI de los pacientes del grupo MTRN. Para ambos grupos se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, tipo de accidente, parámetros fisiológicos tanto prehospitalario como hospitalario, características de las lesiones, duración de estancia hospitalaria, supervivencia, estado y destino al alta. Para evaluar la concordancia entre grupo HCI y grupo MTRN se utilizó el índice de kappa.

Resultados:

De los 166 pacientes, se excluyeron, 7 por NISS menor o igual 15, 6 por diferente fecha del evento registrada, 3 por diferente Tensión Arterial Sistólica (TAS) hospitalaria y 4 por diferente destino al alta, cogiendo la HCI como referencia para este estudio. Al resto 146 se les calculó el índice de kappa para ambos grupos que fue de 0.91.

Conclusiones:

El resultado demuestra una excelente concordancia entre ambas bases de datos. Es importante realizar controles de calidad a los registros ya que los RT se utilizan para identificar problemas e implementar estrategias de prevención y tratamiento.

P-531

VALORACIÓN DE LA ERGOMETRÍA EN URGENCIAS SEGÚN EL NUEVO PROTOCOLO DE DOLOR TORÁCICO SOSPECHOSO DE ETIOLOGÍA ISQUÉMICA

D Idoipe Rubio, SA Nuggerud Galeas, C Canet Fajas, MG España Arita, A Cantín Golet, JL del Río Aisa

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Palabras Clave: ergometry, emergency service, hospital, chest pain

Objetivos:

La cardiopatía isquémica es la causa más frecuente de mortalidad mundial y se estima que su incidencia aumentará en los próximos años debido al envejecimiento de la población. Su síntoma principal es el dolor torácico, que en España supone entre el 5 y 20 % de las asistencias en Urgencias. Reconocerla precozmente y adoptar las medidas terapéuticas adecuadas han demostrado reducir los índices de mortalidad y sus complicaciones. Por ello, en enero de 2015, se implantó un nuevo protocolo de "Manejo del dolor torácico sospechoso de etiología isquémica en el Servicio de Urgencias" del Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza, en el que tras obtener resultados negativos de electrocardiografía y seriación enzimática con Troponina I, y persistiendo la sospecha de etiología isquémica, el paciente pasa a sala de observación para valoración por Cardiología de guardia y realización de Ergometría.

Material o pacientes y método:

Se han analizado mediante estudio estadístico, los 69 pacientes a los que se aplicó el protocolo descrito, desde febrero de 2015 hasta febrero de 2016, que cumplieron los criterios de inclusión: pacientes mayores de 14 años que acudieron a Urgencias de domingo a jueves (por la disponibilidad de recursos y Cardiólogo de guardia) consultando por dolor torácico de perfil isquémico a los que no se llegó al diagnóstico etiológico en la valoración inicial y que precisaron para su diagnóstico la realización de una prueba de estrés no invasiva para la inducción de isquemia.

Resultados:

Se obtuvieron resultados sobre el perfil epidemiológico, antecedentes patológicos, negatividad o positividad de Ergometría, y en este último caso la realización de intervencionismo coronario, localización de las lesiones coronarias y si precisaron reingreso posterior.

Conclusiones:

La implantación del protocolo ha permitido detectar desde Urgencias, un número de casos significativo de Síndrome Coronario Agudo que no fueron concluyentes en la evaluación inicial, permitiendo la instauración de tratamiento según las recomendaciones actuales. En los resultados de ergometría negativos se ha evitado el ingreso hospitalario para la realización exclusiva de dicha prueba, permitiendo un alta desde nuestro servicio.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-532

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CASOS DE SEPSIS ATENDIDOS EN LAS URGENCIAS DEL HOSPITAL COMARCAL DE OSUNA DURANTE EL PERIODO ENERO 2014-NOVIEMBRE 2015

E P M (1), M Gil López (2), F Moreno Calatrave (2),
AB Rojas Ramírez (2)

(1) Hospital La Inmaculada. Almería (2) Hospital Comarcal La Merced. Osuna, Sevilla

Palabras Clave: sepsis, health of institutionalized elderly, shock, septic

Objetivos:

La sepsis es de las principales causas de ingreso y exitus en los servicios de urgencias. Conocer la incidencia y características de pacientes que ingresan por Sepsis en nuestra zona, es fundamental para la óptima implementación de un Código SEPSIS.

Material o pacientes y método:

Se reclutaron los pacientes ingresados en el área de observación durante el citado periodo. Se obtuvieron los datos de la historia clínica digital Diraya®. Se recogieron: edad, sexo, foco sepsis, clasificación sepsis, institucionalizado(sí/no), días hospitalización, exitus(sí/no). Se establecieron como factores de riesgo hipertensión arterial, Diabetes e Insuficiencia Renal Crónica. Se realizó un estudio descriptivo de todas las variables y se relacionaron entre ellas a través del paquete estadístico SPSS. v20.

Resultados:

Se reclutaron 52 pacientes, 32 hombres. La edad media fue 75,7 años (DT 14,63). El origen infeccioso fue urinario en el 55,8%, y respiratorio en el 21,2%. El 51,9% presentó sepsis grave y el 34,6% shock séptico. El tiempo medio de hospitalización fue de 10,89 días (DT 8,25), mínimo 3 horas y máximo 34 días. 23 pacientes fueron exitus, de ellos, 9 fueron en las primeras 48 h. El 48,1% de los pacientes presentaban 2 o más factores de riesgo. No se observó relación entre los factores de riesgo y clasificación de sepsis. El 28,8% de los pacientes estaban institucionalizados. Se midieron mediante χ^2 , las relaciones entre la clasificación sepsis y paciente institucionalizado, entre exitus y paciente institucionalizado, y entre clasificación de sepsis y el resultado de exitus, todas las relaciones presentaron $p < 0,005$.

Conclusiones:

El foco más frecuente de sepsis es el urinario. En la mayor parte de los casos el paciente ingresa con cuadro de sepsis grave o shock séptico. Muchos de los pacientes que mueren por el cuadro séptico lo hacen en las primeras 48 h del ingreso. El estar institucionalizado constituye un factor de riesgo para ingresar con cuadro de sepsis o shock séptico y causar exitus.

P-533

DR. FÚTBOL: ¿DISMINUYE LA ASISTENCIA A URGENCIAS DURANTE LOS EVENTOS DEPORTIVOS IMPORTANTES?

J Toral Sánchez (1), I de Ramón Campiña (1), I Pérez Buendía (1),
L Pérez Rivas (2), E Porcel Marín (1), J Pavón Monzo (1)

(1) Urgencias. Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria-Gran Canaria, (2) Urgencias Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Palabras Clave: asistencia, fútbol, urgencias

Objetivos:

Existe la idea de que durante un evento importante, la gente va menos a Urgencias. Con partidos de fútbol importantes ¿ocurre de verdad o es sólo una impresión?

Material o pacientes y método:

Analizamos la afluencia a Urgencias en la franja horaria de los cuatro sábados de Mayo de 2014 donde se disputó el partido final de Liga de fútbol entre el FC Barcelona y el Atlético de Madrid y la Final de Champions League disputada también por este último y el Real Madrid. Hemos empleado los test de Shapiro-Wilk, Fisher, t-Student y regresión de Poisson con el programa estadístico R Core Team (2014)

Resultados:

El 82,1% de las visitas se produjeron en la franja horaria en la que no se estaba disputando partido. Por motivos de consulta, Traumatología (22,3%), Cardiología (9,5%) y Neumología (5,3%) fueron los que más demandas tuvieron. Se demostró que el menor porcentaje de afluencia se produjo en la franja del partido de Champions (7,9%) y el de Liga (10%) en comparación con el resto de franjas comparadas que oscilan en torno al 14-15%. En horas coincidentes con partido se reduce un 34,6% el número de visitas a urgencias (IC al 95% 20,6%-46,1%) ($p < 0,001$). En horas coincidentes con partido de fútbol se reduce en un 43,9% el número de visitas a urgencias consideradas como NO BANALES (IC al 95% entre 34,9%-51,6%) ($p < 0,001$).

Conclusiones:

Cuando hay partido importante de fútbol, se reduce un 34,6% el número de visitas a urgencias, reduciéndose también un 43,9% el número de visitas a urgencias consideradas como no banales. Esto nos hace plantearnos el poder "curativo" del Dr. Fútbol que quizás sea un calmante que haga retrasar la hora a la que acudir a Urgencia.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-534

EFFECTIVIDAD DEL VERNAKALANT PARA LA CARDIOVERSIÓN FARMACOLÓGICA DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR DE MENOS DE 48 H EN URGENCIAS

O Ramos Varona, X Calderón Cedeño, J Álvarez Grégori, R Juárez González

Hospital Nuestra Sra. del Prado. Talavera de la Reina, Toledo

Palabras Clave: fibrilación auricular, cardioversión, vernakalant

Objetivos:

La fibrilación auricular es una de las consultas frecuentes del servicio de urgencias. Aquellas en la que se puede establecer un inicio de menos de 48h se puede intentar un control del ritmo auricular, con las ventajas que ello supone. Vernakalant es un antiarrítmico indicado en la reversión a ritmo sinusal que ha demostrado rapidez de acción y eficacia, lo que conlleva una menor estancia hospitalaria y menos complicaciones asociadas a la FA. Hasta ahora se disponía de amiodarona, que habitualmente tarda en conseguir la reversión, y la flecainida, que no se puede utilizar en pacientes con cardiopatía estructural. Vernakalant se puede utilizar en pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca y valvulopatías leves-moderadas.

Material o pacientes y método:

Al servicio de urgencias acuden aproximadamente 70.000 pacientes al año, de los cuales unos 1700 presentan FA, y un 10% de estos tienen criterios de cardioversión (eléctrica o farmacológica). Durante un año se han registrado 16 pacientes tratados con el medicamento.

Resultados:

La edad media ha sido 59 años. Como antecedentes, un 43% de los pacientes tenía HTA y un 19% tenía fibrilación auricular paroxística en tratamiento anticoagulante y con bisoprolol. 14 pacientes (87,5%) revirtieron a ritmo sinusal, de los cuales 12 lo hicieron tras la primera infusión en un tiempo medio de unos 10 min. Los efectos secundarios más frecuentes fueron disgeusia y estornudos. A la mayoría de los pacientes se los pudo dar de alta hospitalaria en un plazo de 4-6 h.

Conclusiones:

Vernakalant ha demostrado ser un medicamento seguro y eficaz, que permite reducir el tiempo de estancia hospitalaria y la necesidad de ingresos, lo que disminuye el coste sanitario global, aunque el precio del medicamento sea superior al de otros tratamientos alternativos.

P-535

DIFERENCIAS DEL PERFIL DE PACIENTES INGRESADOS POR ICA EN UCE FRENTE A MEDICINA INTERNA Y GERIATRÍA

G Llopis García, E Rodríguez Adrada, J González del Castillo, M Méndez Bailón, E Calvo, P Gil, FJ Martín-Sánchez

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Palabras Clave: insuficiencia cardiaca aguda, anciano, servicio de urgencias

Objetivos:

La Unidad de Corta Estancia (UCE) es una alternativa a la hospitalización donde ingresan pacientes fundamentalmente con patología crónica agudizada e infecciosa aguda. Existen escasas directrices sobre los criterios de ingreso de insuficiencia cardiaca aguda (ICA) en la UCE.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional de cohortes prospectivo con seguimiento a los 30 días. Se incluyeron los pacientes ingresados en UCE, MIN o GRT del registro EAHFE HV pertenecientes al Hospital Clínico San Carlos. El registro EAHFE incluye pacientes diagnosticados de ICA, excepto aquellos con un síndrome coronario agudo con elevación del ST, según los criterios de Framingham, en 4 periodos de inclusión (1 mes 2007, 1 mes 2009, 2 meses 2011 y 2 meses 2014). Se recogieron variables demográficas, antecedentes personales, situación basal funcional y cardiorrespiratoria, clínicas y analíticas del episodio agudo. La muestra se dividió en Grupo 1 (G1): UCE y Grupo 2 (G2): MIN-GRT.

Resultados:

Se incluyeron un total de 514 pacientes (G1: 151 y G2: 362). Entre los grupos, hubo diferencias estadísticamente significativas respecto la edad (G1: 78±8 vs G2: 83±7, $p<0,01$), sexo mujer (G1: 66,2% vs G2: 54,8%, $p=0,02$) la presencia de insuficiencia renal crónica (G1: 15,2% vs G2: 27,3%, $p<0,01$), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (G1: 19,2% vs G2: 27,3%, $p=0,05$), demencia (G1: 7,1% vs G2: 16,6%, $p<0,01$), neoplasia (G1: 12,9% vs G2: 20,6%, $p=0,05$), comorbilidad alta (G1: 45,7% vs G2: 58,8%, $p=0,03$), dependencia grave (G1: 8,8% vs G2: 25,0%, $p<0,01$), NYHA III/IV basal (G1: 16,9% vs G2: 28,5%, $p<0,01$), ecocardiografía previa (G1: 47,3% vs G2: 60,2%, $p<0,01$), factor precipitante infección (G1: 23,9% vs G2: 49,5%, $p<0,01$), anemia (G1: 3,6% vs G2: 8,7%, $p=0,05$), crisis hipertensiva (G1: 8,7% vs G2: 3,5%, $p=0,02$), ritmo sinusal en el electrocardiograma (G1: 25,3% vs G2: 39,2%, $p=0,01$), e insuficiencia respiratoria (G1: 19,2% vs G2: 41,4%, $p<0,01$), insuficiencia renal (G1: 54,4% vs G2: 69,0%, $p=0,01$) NT-pro-BNP ≥5.180pg/ml (G1: 28,7% vs G2: 44,7%, $p=0,01$), y troponina positiva en urgencias (G1: 12,7% vs G2: 32,5%, $p<0,01$).

Conclusiones:

El perfil de pacientes que ingresa con ICA en plantas de Medicina Interna y Geriátrica tiene mayor comorbilidad, grado dependencia y demencia, distintos factores precipitantes, y mayor frecuencia de factores de mal pronóstico que los ingresados en las UCE.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-536

VNI-EAHFE. PRESENTACIÓN DE 628 CASOS DE VENTILACIÓN NO INVASIVA EN INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

A Roset Rigat (1), A Roset (2), J Jacob (2), P Herrero (3), FJ Martín-Sánchez (4), O Mirò (5), P Llorens (6)

(1) Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona (2) Hospital Universitari de Bellvitge. IDIBELL. Barcelona, (3) Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, (4) Hospital Clínico San Carlos. IdISSC. Madrid (5) Hospital Clínic. Barcelona. IDIBAPS, (6) (1) Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona

Palabras Clave: insuficiencia cardiaca aguda, ventilación no invasiva, insuficiencia respiratoria

Objetivos:

La ventilación no invasiva (VNI) es una técnica de oxigenación y ventilación indicada en insuficiencia cardiaca aguda (ICA) con insuficiencia respiratoria hipoxémica aguda. Son escasos los registros multicéntricos en práctica clínica habitual que describan las características y el pronóstico de estos pacientes comparado con los que no precisan VNI.

Material o pacientes y método:

análisis de los pacientes del registro EAHFE que presentan ICA y precisan VNI. El registro EAHFE es un estudio de cohorte multipropósito de carácter analítico no intervencionista y multicéntrico con un seguimiento prospectivo que incluyó de forma consecutiva a todos los pacientes atendidos por ICA en los 34 SUH españoles. Se recogieron variables demográficas, características basales, del episodio agudo y seguimiento de mortalidad a los 30.

Resultados:

se analizaron 8. 943 episodios de ICA, de los cuales 628 (7,4%) precisaron de VNI. Los pacientes en que se realiza VNI son de edad menos avanzada, presentan más cardiopatía isquémica, accidente vascular cerebral, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, arteriopatía periférica y demencia, precisan un mayor uso de diuréticos, nitratos, inotropos y morfina. Respecto a la situación basal presentan más dependencia y peor clase funcional NYHA. La necesidad de ventilación invasiva en el grupo VNI y no VNI fue similar (4,1% vs 3,5% respectivamente, $p=0,449$). La mortalidad a los 30 días en el grupo de VNI fue del 18,4% vs 8,5% en el grupo no VNI (OR 2,44 IC95% 1,96 - 3,03, $p<0,001$).

Conclusiones:

Los pacientes con ICA presentan un perfil de alto riesgo, con una mayor mortalidad a 30 días.

P-537

ROTACIÓN CLÍNICA DEL FARMACÉUTICO POR EL SERVICIO DE URGENCIAS

A Trujillano Ruiz, C García-Molina Sáez, E Urbieto Sanz, C Caballero Requejo, M Onteniente Candela, M Gil Candel, P Piñera Salmerón

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

Palabras Clave: farmacéuticos, problemas relacionados con la medicación, intervenciones

Objetivos:

En los últimos años es frecuente la incorporación de un farmacéutico al Servicio de Urgencias(SU), siendo muy heterogéneas las actividades que desempeña.

Material o pacientes y método:

Estudio transversal realizado durante noviembre y diciembre de 2015 en el área de observación del SU con 275 urg./día. Diariamente un farmacéutico acudió al relevo y seleccionó aquellos pacientes que más se podían beneficiar de su intervención, según criterios preestablecidos. Una vez seleccionados los pacientes se realizó una historia completa de cada uno donde se recogían datos clínicos y farmacoterapéuticos del paciente así como la medicación crónica domiciliaria. Posteriormente el farmacéutico analizó cada caso para detectar posibles problemas relacionados con la medicación y realizar las intervenciones pertinentes.

Resultados:

De los 302 pacientes en el área de Observación de Urgencias durante el periodo de estudio, se seleccionaron 71 pacientes(25%). El 73,4% fueron mujeres y la edad media $73,4\pm 13,1$ años, siendo el 78,9% mayores de 65 años. Se realizaron 165 intervenciones, $2,3\pm 1,1$ por paciente. Las intervenciones más frecuentes fueron un 34,5% validación del tratamiento, un 16,4% conciliación de la medicación y un 17% sustitución por equivalente terapéutico, siendo los grupos más sustituidos los ARA- II (42,9%), los antagonistas del calcio (18,8%) y los IBPs (14,6%). El resto de intervenciones fueron: 7,3% optimización de tratamiento(91. 6% adecuación de insulino terapia), 12,2% transmisión de la MCD al siguiente responsable del paciente, 6,6% información sobre medicamentos, 5,4% información sobre alergias o no adherencia y un 0,6% ajuste de dosis por insuficiencia renal. Se aceptaron el 100% de las intervenciones. Paralelamente el farmacéutico realizó otras tareas como difusión de la guía de equivalentes terapéuticos, sesión clínica a enfermería sobre administración de medicamentos y reorganización y ajuste de la medicación del botiquín, diseñando un nuevo circuito de petición de medicamentos a farmacia.

Conclusiones:

Existen una gran variedad de actuaciones a realizar por parte del farmacéutico en el SU, que no solo van encaminada a la mejora de la farmacoterapia del paciente, como hemos demostrado con los resultados obtenidos, sino que también están dirigidas a dar soporte al personal tanto médico como de enfermería así como a la organización de circuitos que mejoren la relación entre los dos servicios.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-539

CARACTERÍSTICAS DE LOS RESCATES DE MONTAÑA REALIZADOS POR EL GRUPO DE EMERGENCIAS MÉDICAS EN CATALUÑA

D Escola Ripoll (1), A Benavides Monje (2), M Vidal Domínguez (2), S Millán López (3)

(1) Consorci Sanitari de Terrassa, (2) GEM Bombers de la Generalitat, (3) Consorci Sanitari de Terrassa. Terrassa, Barcelona

Palabras Clave: emergency medicine, rescue work, wilderness medicine

Objetivos:

El aumento de las actividades al aire libre ha condicionado la formación de equipos de rescate muy especializados para poder dar respuesta a los accidentes que se producen en medio extraurbano. En Cataluña los rescates de montaña lo realizan el Grupo de Rescate y Actuaciones Especiales (GRAE) en colaboración con el Grupo de Emergencias Médicas (GEM).

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo y descriptivo de los rescates de montaña en los que ha participado el GEM de los Bomberos de la Generalitat de Catalunya durante el año 2014. Se han utilizado los informes asistenciales realizados por los médicos y enfermeros del GEM durante los rescates. Recogida de datos epidemiológicos (edad, sexo, lugar de accidente, vehículo utilizado y tipo de rescate) y datos clínicos (Diagnóstico inicial, drogas utilizadas y tiempo de rescate) Los datos se han recogido entre Febrero y Mayo de 2015. Utilización de software SPSS y Windows Excel.

Resultados:

El GEM ha realizado 170 rescates de un total de 450 actuaciones, 141 rescates de montaña, 23 búsquedas y 6 rescates en costa. El 71% de los rescatados han sido hombres. Las actividades realizadas eran Trekking(40,6%), escalada(24,1%), mountainbike(14,1%), Motor(4,7%), Buscador de Hongos(3,5%), Parapente(2,3%), Carreteras(1,7%), Hípica, cazador, espeleología y esquí(0,6%). Los meses con más actividad han sido de Junio a Octubre (53% del total). Por fármacos el más usado ha sido el Fentanilo(33,6%), seguido de la Metoclopramida(9,4%), el Midazolam(6,5%) y los AINES(4,1%). El 45% de los rescates ha sido realizado por un médico.

Conclusiones:

El paciente rescatado tipo es un hombre joven de menos de 50 años que realiza actividades lúdicas y deportivas en montaña. El periodo de más actividad es en los meses de verano. Más de la mitad de los pacientes tratados han precisado de tratamiento médico endovenoso y el fármaco más utilizado ha sido el Fentanilo. Menos de la mitad de los rescates fueron realizados por un médico lo que pone de manifiesto la carencia que actualmente existe en los rescates de montaña de personal médico.

P-540

DROGAS RECREATIVAS Y RELACIONES SEXUALES DESPROTEGIDAS EN PERSONAS INFECTADAS POR VIH

MC Villa Escamilla (1), M Vera García (2), I Guillén Sánchez (1), M Moreno Moreno (1), T Puerta López (2), VJ Moreno Cuerda (1), C Rodríguez Martín (2)

(1) Hospital Universitario de Móstoles, (2) Centro Sanitario Sandoval. Madrid

Palabras Clave: drogas ilícitas, VIH, enfermedades de transmisión sexual

Objetivos:

La asociación entre el consumo de drogas y las prácticas sexuales de riesgo en los colectivos más vulnerables para la infección por VIH y otras ITS ha sido ampliamente demostrada.

Material o pacientes y método:

Estudio de cohorte retrospectivo, realizado en el Centro Sanitario Sandoval (CSS), entre el 1 de Enero del 2007 y el 31 Diciembre del 2012. Se incluyeron inicialmente todos los pacientes diagnosticados de VIH y posteriormente los de seguimiento, que acudieron al menos a una consulta en el Centro durante el periodo del estudio.

Resultados:

Durante el periodo del estudio fueron diagnosticados de infección por el VIH 1. 629 pacientes, de los cuales el 70,9% refería un consumo excesivo de algún tóxico. El más consumido fue el alcohol. Los tóxicos relacionados con prácticas desprotegidas fueron cocaína, poppers, ketamina, GHB y éxtasis. Durante el periodo del estudio, fueron seguidos 860 pacientes con infección por VIH en el CSS. La media de seguimiento fue de 1586,10 pacientes/año. De los pacientes incluidos, el 70,6% refería un consumo excesivo de algún tóxico y el 63,1% refería mantener relaciones desprotegidas bajo sus efectos. El tóxico consumido con mayor frecuencia fue el alcohol. La cocaína, poppers, ketamina, GHB y éxtasis se relacionaron con tener prácticas sexuales desprotegidas. Durante el seguimiento del VIH se diagnosticaron 24 ITS/100 personas-año. Esta incidencia fue mayor en los pacientes que referían consumir drogas recreativas diferentes al alcohol (35 ITS/100 pacientes-año) y se describió un mayor riesgo de otras ITS (RR 1,44 p=0. 001) en los pacientes VIH positivos usuarios de drogas recreativas.

Conclusiones:

Las drogas recreativas se relacionaron con mantener relaciones desprotegidas y por tanto con la infección por el VIH y posteriormente con el diagnóstico de otras ITS. El conocimiento de las diferentes drogas recreativas y de los pacientes más vulnerables a la infección por VIH y otras ITS, es fundamental para los servicios



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-541

UTILIDAD DE TROPONINAS EN URGENCIAS

MC García Cáceres, R Peinado Clemens, S Díaz Herranz,
MI Cambero Flores, MA Ruiz Sanz, C Botello García

Hospital Infanta Cristina. Badajoz

Palabras Clave: troponina, dolor torácico, urgencias

Objetivos:

El dolor torácico es una causa frecuente de consulta en urgencias y el diagnóstico de síndrome coronario agudo (SCA) sigue siendo un reto clínico. En protocolos hospitalarios se ha incluido el uso de marcadores de daño miocárdico pero el hecho de que el SCA sea una entidad con riesgo para el paciente genera a veces la determinación excesiva de biomarcadores.

Material o pacientes y método:

En el periodo de tiempo del 1 de Febrero de 2015 al 15/02/2015, acuden a urgencias 3340 pacientes. Se solicitó al laboratorio la relación de pacientes a los cuales se les pidió determinación de troponina I desde las consultas, tras la primera valoración. Se realiza estudio descriptivo de los 398 registros con el objetivo de ver cuales son los diagnósticos iniciales en los que con mayor frecuencia se solicita determinación de troponinas, partiendo de la hipótesis de que se realiza una excesiva petición de la misma en nuestro servicio.

Resultados:

El diagnóstico inicial por el cual se solicita troponina con mayor frecuencia es el dolor torácico 155 pacientes (38,9%), 95 pacientes por disnea (23,9%), a 32 paciente por síncope/mareo (8%), a 29 por taqui/bradiarritmias (7,3%), a 7 por ACVA (1,8%) y a 80 pacientes (20%) por otras causas (dolores torácicos atípicos). De todas estas peticiones, 307 (77,1%) tuvieron determinaciones de troponinas negativas, y un 91 positivas (22,9%). De las 91 positivas, correspondían a dolor torácico 45 (11,3%) y de estos solo 17 fueron SCA.

Conclusiones:

La determinación de biomarcadores en urgencias sigue siendo elevada y no se ajusta a las recomendaciones actuales. Sólo la petición basada en la sospecha clínica de SCA justifica la indicación clínica y garantizará el adecuado manejo de los pacientes. Estos datos coinciden con otros estudios realizados en otros servicios de urgencias.

P-542

CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DIGITALIZADAS REALIZADAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

A Sánchez Canto, A García Olloqui, M Genebat González,
A Díez Naz

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Palabras Clave: historia, gestión de la calidad, urgencias médicas

Objetivos:

Con la digitalización de datos en Sanidad, es importante mantener unos registros de salud de calidad

Material o pacientes y método:

Estudio observacional retrospectivo. Realizado en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Periodo analizado: Enero-Febrero 2015. Tamaño muestral: 60. Se seleccionaron 15 historias de cada una de las áreas (urgencias y observación) de cada hospital (General y Traumatológico), de forma aleatoria.

Resultados:

En cuanto a los contenidos mínimos, prácticamente todos los parámetros están recogidos en más del 90% de las HC (historias clínicas) cuando estaba indicado, llegando al 100% en algunos como la dirección o las órdenes de tratamiento. Sin embargo el tratamiento domiciliario está ausente en más del 40% de las HC. Un 46% de las HC están completas y en el 41% falta sólo 1 parámetro, de modo que si se corrigiera el fallo en la recogida del tratamiento domiciliario, se alcanzaría el 87% de HC completas. Respecto al resto de parámetros no incluidos en los contenidos mínimos de la HC de urgencias, obtuvimos los siguientes resultados: El informe de alta o éxitus se realizó en casi la totalidad de los casos, mientras que los hábitos tóxicos están ausentes en la mayoría de las HC (70%), tanto en puerta como en observación. Hay constancia de recogida del consentimiento informado en todos los casos en que estaba indicado, casi todos correspondientes a pruebas radiológicas con contraste.

Conclusiones:

Se aprecia recogida de los contenidos mínimos en más del 90% de las HC en todos los parámetros excepto en la recogida del tratamiento habitual del paciente ausente en un 40%. Existe un alto grado de cumplimentación del resto de datos no mínimos que supera el 90% excepto en la recogida de los hábitos tóxicos que no es común en las HC de urgencias a pesar de su importancia. Sería necesario realizar una intervención a nivel del personal o de la forma de registro, que asegure la cumplimentación del tratamiento domiciliario y de los hábitos tóxicos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-543

ANÁLISIS DE LOS RETORNOS EN MENOS DE 72 HORAS EN UN ÁREA DE URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS

A Sánchez Canto, M Genebat González, A García Olloqui, A Díez Naz

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Palabras Clave: urgencias médicas, gestión de la calidad, análisis de datos

Objetivos:

Determinar el motivo por el cuál los pacientes vuelven a Urgencias en menos de 72 horas puede evidenciar carencias en la Atención que puedan ser subsanadas.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional retrospectivo. Realizado en el Hospital de Rehabilitación y Traumatología Virgen del Rocío de Sevilla. Se han analizado los retornos del mismo paciente en menos de 72 h durante el año 2015. La muestra fue de 433 retornos, correspondiente al 20% del total obtenidas de forma aleatoria.

Resultados:

Durante el año 2015 se atendieron 77532 urgencias, de las cuales el 2,53% correspondieron a pacientes que retornaron en las primeras 72h. El volumen de pacientes con algún criterio de exclusión fue del 12% Predomina ligeramente la patología traumática (56%) sobre la no traumática. Las raquialgias por accidentes de tráfico suponen el 10% de todos los retornos. La mayoría de los retornos son pacientes derivados a Atención Primaria desde el Servicio de Urgencias y en su mayoría no cambia el destino en la segunda visita. El porcentaje de nuevos diagnósticos emitidos en la segunda visita es del 17% aunque la mayoría de ellos no implican un cambio en el pronóstico o en el destino. Se detectaron omisiones diagnósticas en el 2% de los casos. Un 6% de los retornos de urgencias no fueron dados de alta a domicilio desde Urgencias, bien por necesitar ingreso en observación (4%) o en planta (2%) El dolor es el principal motivo de retorno de pacientes siendo un 57% de forma global y un 74% específicamente de altas sin intervención de especialistas.

Conclusiones:

Un 12% de los retornos a Urgencias de HRT no pueden ser considerados como tales, bien porque los pacientes consultan por procesos no relacionados con el motivo de consulta de la primera visita (5%), ó porque se marchan antes de ser atendidos (7%). El dolor es el principal motivo de retorno. Sin embargo en un 60% no se realizan cambios en el tratamiento del mismo, motivo por el que se ha creado un nuevo protocolo para el tratamiento del dolor en la Unidad. La tasa de omisiones diagnósticas es de tan sólo un 2%.

P-544

DIFERENCIAS POR GENERO Y EDAD EN LA SATISFACCIÓN PERCIBIDA CON LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POR LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

R Pedrero Alonso, MY Plaza Ramos, M Gallego Benito, EM de La Iglesia Manso, C Llamas Marcos

Hospital Clínico Universitario de Salamanca

Palabras Clave: grupos de edad, satisfacción del paciente, género y salud

Objetivos:

La edad y el género podrían ser determinantes a la hora de percibir de manera diferente la satisfacción con la atención recibida por parte de los profesionales de enfermería a los usuarios del servicio de urgencias.

Material o pacientes y método:

Estudio transversal descriptivo. Sobre una muestra de 116 pacientes atendidos en Urgencias del Hospital Clínico Universitario de Salamanca, seleccionados de manera consecutiva. Las variables fueron sexo, edad, tiempo de estancia y satisfacción del usuario recogida mediante una encuesta de 12 ítems tipo Likert (1 más negativo a 5 más positivo), obteniendo como puntuación máxima 60 y mínima 12, realizada entre Noviembre de 2015 y Enero de 2016. Se analizan los datos mediante el programa estadístico SPSS 22. 0.

Resultados:

La relación entre la edad y el grado de satisfacción general obtenido es $r=0.007$ $p=0.943$. La satisfacción general para hombres es $53.36 (\pm 3.31)$ y para mujeres $50.71 (\pm 6.99)$ obteniendo un P-valor de 0.034 . Como aspectos más destacados: tiempo de espera para ser atendidos en triaje, hombres $4.34 (\pm 0.87)$ mujeres $3.97 (\pm 0.88)$ P-valor 0.02 , información sobre el tiempo de espera para ser atendidos, hombres $3.88 (\pm 1.16)$ mujeres $3.40 (\pm 1.36)$ P-valor 0.042 , información sobre tiempo de espera para resultados, hombres $4.17 (\pm 0.99)$ mujeres $3.64 (\pm 1.17)$ P-valor 0.009 .

Conclusiones:

Nuestro estudio ha reflejado que las variables edad y tiempo de estancia no demuestran ser significativas en la percepción de la satisfacción de los usuarios, sin embargo, muestra relación entre el género y el grado de satisfacción, siendo superior en el género masculino, sobre todo en lo relacionado a tiempos de espera de atención e información.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-545

LO QUE LAS DROGAS ESCONDEN

S Paredes Carcedo, C Guemes de la Iglesia, C Gómez Sánchez,
B Campos Ruiz, M Sáinz de Andueza, C Hernández Tuda

Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: miocarditis, shock cardiogénico, hemoptisis

Objetivos:

La hemoptisis es un motivo de consulta frecuente en urgencias ya que alarma mucho al paciente, suponiendo hasta el 15% de las urgencias neumológicas. Se define como la emisión de sangre por la boca, habitualmente asociado al mecanismo de la tos. Puede presentarse de manera súbita, como único signo patológico, o bien en el contexto de una enfermedad crónica. Su importancia radica en que puede suponer por sí misma un peligro para la vida del paciente.

Material o pacientes y método:

Enfermedad actual: Varón de 29 años, que acude a urgencias derivado desde Atención Primaria por presentar un cuadro de odinofagia, tos irritativa con dificultad para la expectoración. Presenta la noche de hoy tras la cena un cuadro de vómitos con restos hemáticos. Una vez en el box de urgencias presenta tos con hemoptisis espumosa. Horas después comienza con disnea súbita, hipotensión, dolor torácico desaturación e intolerancia al decúbito.

Pruebas complementarias: Rx tórax: Infiltrados alveolares en ambos campos pulmonares. Líneas B difusas.

Análítica: Destacar elevación marcadores daño miocárdico (CK: 270, Troponina 469, máxima de 1055) EKG: Taquicardia sinusal con PR alargado sin alteraciones de la repolarización. ECOGRAFÍA: VI dilatado, FEVI moderadamente deprimida con hipocontractilidad global. Coronariografía. Ventriculografía izquierda: Deterioro grave de la función sistólica global de VI. Insuficiencia mitral grado III. Árbol coronario sin estenosis.

Resultados:

Desarrollo. Diagnóstico diferencial: síndrome coronario agudo, miocarditis vírica, miocarditis tóxica, infección pulmonar (TBC, virus grietales), enfermedades autoinmunes. Juicio diagnóstico: insuficiencia cardiaca aguda. Shock cardiogénico de probable origen tóxico. Disfunción ventricular izquierda.

Conclusiones:

La miocarditis aguda es una enfermedad potencialmente mortal y de sintomatología muy variada. Su diagnóstico no es fácil de establecer, siendo fácil su confusión con infartos agudos de miocardio encontrando estudio angiográfico normal. Importante una anamnesis detallada, recogiendo la posibilidad de consumo de drogas. En la anamnesis TARDÍA se recoge el consumo de drogas como precipitante del cuadro (cocaína, speed, cannabis y alcohol).

P-546

FRECUENCIA DE USO DE BETABLOQUEANTES O CALCIOANTAGONISTAS EN FIBRILACIÓN AURICULAR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

JC García Ortiz, MA Gracia Romero, A Estella García

Hospital de Jerez. Jerez de La Frontera, Cádiz

Palabras Clave: atrial fibrillation, heart rate, emergency service, hospital

Objetivos:

La Fibrilación Auricular es la arritmia más prevalente en los servicios de urgencias hospitalarios. Dentro de su manejo los betabloqueantes (BB) y calcioantagonistas (CA) son la primera elección para el control de la frecuencia.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo descriptivo. Recogida de datos consecutiva comenzando con el primer paciente del mes de septiembre de 2015 hasta la recogida de 50 pacientes. Se recogieron de cada paciente los antecedentes personales que pudieran contraindicar la indicación de estos fármacos, la duración media de estancia en el servicio y el lugar de destino al alta.

Resultados:

de los pacientes recogidos se utilizaron betabloqueantes o calcioantagonistas en el 34,8% de los casos, en los que no se encontró contraindicación alguna. De los casos en los que no se utilizaron (65,2%) en el 26,66% no había recogidos datos en la historia que expliquen el motivo. Del 73,4% restante no había ninguna contraindicación para su uso. De los pacientes tratados con BB o CA en el 75% se usó BB, de los que el 100% fue bisoprolol, y en el 25% se utilizó CA. La vía de administración fue siempre la oral. De los pacientes atendidos por el DCCU el 83,33% fueron tratados con amiodarona y el 13,043 con digoxina. El tiempo en urgencias desde su ingreso en admisión hasta el alta fue de 8,43 h para los pacientes que recibieron tratamiento con betabloqueantes y de 11,142 para los que recibieron otro tratamiento.

Conclusiones:

La indicación del BB fue correcta en el 100% de las ocasiones que se ha usado y en los casos en los que no se indicó no había contraindicaciones para su uso. Esto junto con el fármaco elegido mayoritariamente y la vía de administración denotan que es necesaria más formación, ya que deberían ser los fármacos utilizados como primera elección por su efectividad y su buen perfil de seguridad.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-547

EL PROBNP EN URGENCIAS, ¿AYUDA DIAGNÓSTICA O GASTO PRESCINDIBLE?

P Chacon Testor (1), V Lo-Iacono García (1),
P Díaz Casanova (1), ME López Guio (1), J Hergueta González (2),
M Torralba González de Suso (2), R Sanz de Barros (1)

(1) Hospital Infanta Sofía, (2) Hospital de Guadalajara. Alcalá de
Henares, Madrid

Palabras Clave: proBNP, insuficiencia cardiaca, ahorro

Objetivos:

La insuficiencia cardiaca es un motivo frecuente de ingreso en urgencias. Su diagnóstico y tratamiento precoz ha demostrado disminución de la mortalidad, estancia hospitalaria y reingresos. Existe controversia sobre la utilidad de determinar los valores de proBNP como herramienta diagnóstica de insuficiencia cardiaca aguda (ICA). Dado su alto valor predictivo negativo sí es útil en casos de disnea de origen incierto.

Material o pacientes y método:

Estudio de cohorte retrospectivo, descriptivo revisando las historias clínicas de los pacientes a los que se ha solicitado uno o mas proBNP entre el 01/01/2014 al 01/02/2014.

Resultados:

Incluimos 283 pacientes. 149 (52,65%) mujeres y 134 varones (47,35%), mediana de edad 81 años. 159 (58,03%) tenían diagnóstico de ICA improbable. 62 (39%) el proBNP era <300 y 97 (61%) fue mayor. 30 (18,86%) fueron diagnosticados de ICA o disnea mixta. 82 (29,93%) tuvieron diagnóstico probable. 74 (90,2%) el proBNP fue >300, en sólo 8 fue menor. 33 (12,04%) tuvieron diagnóstico posible. 26 (78,8%) el BNP fue >300 y 7 menor (21,2%). La OR para proBNP > 300 fue 5.9 (IC 95% entre 2,6 y 3,1). El índice kappa entre BNP y diagnóstico clínico es 0,190.

Conclusiones:

El grado de acuerdo entre el clínico y el proBNP es muy bajo. El riesgo de padecer una ICA si el proBNP se multiplica por 6. Existe sobreuso del proBNP en urgencias. Se solicitaron 159 proBNP en pacientes sin criterios clínicos de ICA. No es útil en pacientes en los que el diagnóstico de insuficiencia cardiaca es improbable. Tampoco en los que tenían diagnóstico a priori de probable ya que en éstos la sintomatología de ICA no suele generar dudas a los clínicos. No solicitar BNP a estos pacientes supone un importante ahorro económico.

P-548

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN URGENCIAS: MOTIVO DE CONSULTA Y HALLAZGOS EN LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

BE González García, M García Acuña, T López Martínez,
L Álvarez Rodil, XP Cadena Herran, JO Pérez Álvarez,
M Álvarez Pérez

Hospital de Jario. Gijón, Asturias

Palabras Clave: tromboembolismo pulmonar, urgencias,
diagnóstico

Objetivos:

El tromboembolismo pulmonar (TEPA) es un desafío para los Servicios de Urgencias al tratarse de una patología con síntomas inespecíficos y que, a menudo, es infradiagnosticada.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo realizado en el Hospital de Jario (Área Sanitaria I, Asturias). Se revisaron variables de las historias clínicas informatizadas de pacientes diagnosticados de TEPA, atendidos en Urgencias, durante 18 meses (1 Julio 2014 al 31 Diciembre 2015).

Resultados:

Durante el período de estudio se diagnosticaron 68 TEPAS en Urgencias, 58,8% en mujeres (n=40) y 41,2% en hombres (n=28). El síntoma estrella fue la disnea (68,2%), junto con el dolor pleurítico (30,3%) y la tos (19,7%). Presentaron dolor torácico un 16,9% y la sintomatología menos frecuente fue el síncope (15,2%), la fiebre (9,1%), las palpitaciones (6,1%) y la hemoptisis (3%). Se observaron diferencias de género en la disnea, más sufrida en mujeres (76% frente al 57% hombres). En la gasometría existía una PO₂ <60 mmHg en el 40,3%, PCO₂ <35 en el 45,2% y registraron una PO₂ >80 mmHg el 19,4%. En la analítica un 21% presentaron elevación de marcadores cardiacos y el 98% tenía un Dímero D > 500. El 49,4% obtuvo un electrocardiograma (EKG) normal identificándose patrón S1Q3T3 en el 15,5% y alteraciones en la onda T en el 5,2%. Un 47,5% presentó radiografía (Rx) de tórax normal, derrame pleural el 33,9%, atelectasias el 19,4%, cardiomegalia el 16,4%, alteraciones vasculares el 3,3% y elevación diafragmática el 1,6%. La tomografía axial computerizada torácica informó que las ramas principales fueron las más comprometidas (40,6%) seguidas de las lobares y segmentarias en igual porcentaje (29,7%). Tenían infarto pulmonar asociado un 28,1% y trombosis venosa profunda un 59,1%.

Conclusiones:

Aunque la disnea fue el síntoma principal, existe gran variabilidad en la presentación clínica. La normalidad gasométrica y del resto de pruebas complementarias como el EKG o la Rx no excluyen el diagnóstico de TEPA al igual que ocurre en otras series publicadas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-549

PRIMER ESTUDIO EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS SOBRE LA UTILIDAD DE LOXAPINA INHALADA

JM Álvarez Franco, I Unzaga Ercilla, J Ferrer Mygind,
Y Grajera Boza, M San Segundo Campo

Samu-061 Mallorca. Palma Mallorca

Palabras Clave: loxapina, emergencias, agitación

Objetivos:

La agitación psicomotriz es un problema prevalente en servicios de emergencias, que ocupa gran número de recursos y donde el objetivo principal será que el paciente sea capaz de recuperar el control de sus impulsos. De la bibliografía se desprende un histórico acostumbramiento a la combinación de fármacos, con el peligro de que aboque en la sedación profunda y no la tranquilización rápida. En Urgencias extrahospitalarias, interesa sobre todo control rápido de los síntomas, y dentro del protocolo de agitación en Baleares se incorporó la loxapina inhalada durante 2 meses, y valorar la posibilidad de incorporarlo en la UVI móvil, ya que hasta ahora tenía un uso restringido al ámbito hospitalario por el riesgo de broncoespasmo en pacientes con patología pulmonar. No hay estudios ideales a doble ciego, randomizados, y la mayoría de estudios naturalísticos parten de agitaciones no severas. El diseño metodológico y bioético de estos estudios es complejo, debido a la situación de emergencia, riesgo de agresión,... incapacidad de consentimiento informado,... uso de placebo que riñe con el principio de beneficencia Serían necesarios otros estudios, y tener cuidado con la población donde se utilizó para no inferir resultados a otros contextos.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional durante 2 meses sobre 13 pacientes con agitación psicomotriz, y donde se haya excluido causa orgánica. Pacientes con agitación moderada-serena con un puntaje de escala global de gravedad mayor de 3 (ICG-S>3).

Resultados:

En 12 pacientes, tranquilización en menos de 2 min, el paciente restante preciso benzodiazepina como ayuda Ninguno de los paciente tuvo que ser sometido a contención física, incluso 3 pacientes que partían de agitación severa y que estaban contenidos, fue retirada dicha contención No se documentaron agresiones No hubo efectos secundarios La estancia media en urgencias fue de aproximadamente 4 horas.

Conclusiones:

La loxapina inhalada es útil en el tratamiento del paciente agitado, debido a su rápido efecto, evita métodos más coercitivos, favoreciendo la relación médico-paciente y permite una valoración más temprana del especialista en Urgencias.

P-550

EDEMA AGUDO DE PULMÓN EN URGENCIAS. ESTUDIO DESCRIPTIVO

AM Sánchez González, JM Alises Moraleda, MR Melgar de Mena

Hospital La Mancha Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real

Palabras Clave: edema, pulmonar, epidemiología

Objetivos:

Causa frecuente de consulta en urgencias, de gravedad a corto plazo, pero reversible con tratamiento precoz.

Material o pacientes y método:

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, estación del año, destino de pacientes. Dependen de recursos, medios propios o públicos de transporte. Analizados con Word 2010 y Excel. Variables cualitativas y cuantitativas estadísticas con SPSS.

Resultados:

Hay 79 pacientes. Son 34 mujeres y de 45 hombres, y estadísticamente significativo ($p<0,0001$) el mayor número de hombres. El tiempo medio de estancia fue 11 horas, y la hora media de acceso fue las 12: 00. Llegaron 26 pacientes en primavera, en verano, 14, 24 en otoño y 15 en invierno. Llegaron durante el día 38, la tarde 23, 6 de noche y 12 de madrugada. Ingresaron 65 pacientes (28 mujeres y 37 hombres). Dados de alta 4 mujeres y 7 hombres. Trasladados a otro centro 2 mujeres y 1 hombre.

Conclusiones:

La media de edad es 66 a. Estadísticamente próximo a la significación ($p=0,06$), mayor presencia de hombres mayores de 71 años que de mujeres. Fueron ingresados más hombres (37 en total) que mujeres (en número de 28), no existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,111$) entre el destino y el género de los enfermos, tampoco es estadísticamente significativo ($p=0,073$) que acudiesen a Urgencias en día festivo o no festivo, tanto hombres como mujeres. Sin embargo, fue mayor el número de hombres que acudieron al Servicio de Urgencias en día no festivo que en día festivo. También mayor el número de menores de 70 años (37 pacientes) que acudieron a Urgencias por medios propios, que los mayores de 71 años (21 enfermos). Pero no existe diferencia estadísticamente significativa ($p=0,591$). El mayor número de enfermos con menos de 70 años nos hace pensar que les resultaba más fácil acudir de este modo a Urgencias, siendo más propio de los mayores de 71 años el uso de los medios de transporte sanitario público.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-552

EVOLUCIÓN DE LA PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA ARTERIAL EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO TERCIARIO. LÍNEAS DE MEJORA

J Sánchez López, M Expósito Ruiz, IM Fernández Guerrero, A Guzmán Úbeda, E Espinosa de los Montes Pérez, R Ávila Moreno, A Tello Ochoa

Hospital Universitario Virgen de la Nieves. Granada

Palabras Clave: fibrilación auricular, servicios urgencias, anticoagulación

Objetivos:

La anticoagulación (ACO) es altamente eficaz en la prevención de tromboembolia asociada a fibrilación auricular (FA). Aun se sigue empleando mayoritariamente los antivitaminas K (AVK), pese al difícil logro del adecuado tiempo en rango terapéutico (TRT) y la tasa de nuevos anticoagulantes (NACO) persiste baja.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, prospectivo de un registro de pacientes con FA o su antecedente atendidos entre Enero 2011 y Diciembre 2015 en un SUH terciario. Se calcularon estadísticos descriptivos, OR crudas y ajustadas. Coeficiente Correlación de Spearman.

Resultados:

N=2124. Media edad 74,83 años, mayoría -57%- mujeres (76,71 IC 95% (76,09-77,32) vs 72,34 (71,49-73,19) hombres, $p<0,0001$). Tipo FA: permanente (971), paroxística (692), ¿debut? (314), persistente (136). CHADS-Vasc 4,09 +/- 1,996 (>1 en 88,7%), HASBLED 2,28 +/- 1,323. 1511 (71%) realizaban ACO previa: AVK 87,7, NACO 7,4% y HBPM 4,9%. En pacientes tratados con AVK (media INR analizados 42), el TRT fue de 49,533 +/- 13,9205 (osciló entre 48,498 +/- 13,9272 y 50,465 +/- 12,9603), sin alcanzar diferencias ($p=0,501$) en 5 años de seguimiento. En 341 pacientes se indicó ACO nueva: HBP +/- AVK 95,9% y NACO 4,1%, en 22 pacientes adicionales se sustituyó AVK por NACO (alcanzado cuota del 10,6%). Del 70,1% de ACO nueva en Chads-Vasc >1 del 2011 pasamos al 86,9% en 2015, con elevada continuidad al año (90,4%). Los motivos más frecuentes para no indicar ACO: considerar no indicado, riesgo hemorrágico y rechazo. Se asociaron de forma independiente con ACO: edad, broncopatía ($p=0,001$), cardiopatía, discapacidad y FA previa ($p=0,000$). Correlación débil ($\rho=0,072$) pero significativa entre SAME-TTR2 y TRT. A mayor valor de SAME-TTR2 se asoció con un menor TRT, osciló de 55,24% para un Same de >0 puntos? al 28,0% con >5? ($p=0,017$).

Conclusiones:

A pesar del incremento en ACO nueva, los AVK siguen constituyendo la base de la profilaxis, con TRT claramente subóptimos. Son necesarias otras estrategias que apuesten por la calidad: consultar sistemáticamente TRT, abordaje multidisciplinar y valorar la utilidad del SAME-TTR2 para predecir "INR labil" en los SUH como herramienta de mejora.

P-554

¿POR QUÉ RECLAMAN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS?

MJ Morales Acedo, P del Pino Valverde, M Nogués Herrero, AR Camuña Salido, RG Mesa Ramos, M Zaheri Beryanaki

Hospital de Antequera. Antequera, Málaga

Palabras Clave: urgencias, estadística y datos numéricos, pacientes

Objetivos:

Las Urgencias, debido a sus características intrínsecas, son los servicios en donde se producen un mayor número de reclamaciones. Hemos creído interesante analizar los motivos por los cuales se producen estas reclamaciones y establecer áreas de mejora.

Material o pacientes y método:

Se han revisado de forma individualizada cada una de las reclamaciones que se han puesto en la Unidad Clínica durante el último año, estableciendo comparación con los años previos y estableciendo planes de mejora.

Resultados:

PRIMER CUATRIMESTRE: 18 reclamaciones: 5 estimativas (demora excesiva para la atención urgente: 1, No se facilita información a pacientes o familiares: 1, trato inadecuado del personal enfermería: 1, Otros: 2 y 13 no estimativas (demora excesiva en la atención urgente: 9, desacuerdo con normas del centro: 1, desacuerdo paciente con diagnóstico: 1, trato inadecuado personal médico: 1, otros: 1). SEGUNDO CUATRIMESTRE: 21 reclamaciones: 2 estimativas (información insuficiente: 1, otros: 1) y 19 no estimativas (demora excesiva en la atención urgente: 10, desacuerdo con el diagnóstico: 3, desacuerdo con el tratamiento: 1, trato inadecuado: 2, otros: 1, no visita la enfermera: 1, falta de información: 1). TERCER CUATRIMESTRE: 14 reclamaciones de las cuales 4 son estimativas (trato: 1, demora excesiva en la atención urgente: 2, otros: 1 y 10 no estimativas (demora excesiva para la atención urgente: 4, otros: 3, no facilita información a pacientes o familiares: 1, confusión/error diagnóstico: 1, desacuerdo con el tratamiento: 1).

Conclusiones:

Nuestra Unidad Clínica es una de la que presenta mayor número de reclamaciones. Solamente 11 de las reclamaciones son estimativas, el menor número en los últimos 10 años. El tercer cuatrimestre del año es cuando se producen un menor número de reclamaciones. En cuanto a los motivos, por los cuales se producen las reclamaciones, el más repetido es Demora excesiva en la atención urgentes. La mayoría son no estimativas, habiendo disminuido en número de estimativas. En el año 2014 aunque no hemos disminuido el número de reclamaciones por trato, solamente una de ellas es estimativa.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-555

OLAS DE CALOR: FACTORES ASOCIADOS A LOS INGRESOS HOSPITALARIOS POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

FJ Gil Gámez, D Sánchez Sendín, M Vicente de la Cruz,
I Fernández García, M García Diego, J Sevillano,
J Andueza Lillo

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Palabras Clave: olas de calor, ingresos, enfermedades respiratorias

Objetivos:

Las olas de calor empeoran la salud de la comunidad en personas predispuestas provocando: Aumento de morbilidad e ingresos hospitalarios. Aumento de mortalidad. En diversos estudios los pacientes ingresan por urgencias, mas graves y con mayor frecuencia por enfermedades respiratorias como las neumonías.

Material o pacientes y método:

Se recogieron 76 pacientes que ingresaban por causa respiratoria en época de ola de calor en urgencias del HGGM de 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 estudiaron por análisis de regresión logística y regresión logística multivariante los posibles factores de riesgo para ingresar por enfermedad respiratoria. SPSS 17. 0.

Resultados:

En los parámetros analíticos destacaban: Saturación 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% Las variables asociadas a ingreso por enfermedad respiratoria son: FR>18 sig 0,02 5,432 OR Saturación<90% de O2 sig 0,006 7,540 OR PCO2 > 45 mm Hg sig 0,013 6,107 OR APACHE II > 12 sig 0,002 9,975 OR Índice de Barthel sig 0,051 2,039 OR.

Conclusiones:

En las olas de calor el exceso de ingresos es por enfermedades respiratorias. Casi un 50% son neumonías. Los pacientes que ingresan por enfermedades respiratorias son: Ancianos, toman fármacos relacionados, presentan EPOC y clínicamente están deshidratados, presentan mayor hipoxemia y tienen mayor severidad clínica. Se asocia a ingresar por enfermedad respiratoria parámetros relacionados con insuficiencia respiratoria aguda y únicamente tener un índice de Barthel bajo aumenta el riesgo de ingreso por parámetros predisponentes previos al episodio agudo.

P-556

TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y URGENCIAS

M Nogués Herrero, MJ Morales Acedo, AR Camuñas Salido,
M Rizo Hoyos, RG Mesa Ramos, M Zaheri Beryanaki

Unidad de Cuidados Intensivos y Urgencias. Hospital de Antequera. Málaga

Palabras Clave: toma de decisiones, participación ciudadana, servicios médicos de urgencias

Objetivos:

Ciudadanos y profesionales sanitarios, nos enfrentamos a situaciones en las que se deben tomar decisiones, ya sea relacionado con procesos de diagnóstico o tratamiento. La toma de decisiones compartida es un estilo de relación entre el ciudadano y el profesional sanitario, que se puede aplicar a todo tipo de consultas, ya que casi siempre existen diferentes opciones, incluso la opción de no hacer nada.

Material o pacientes y método:

a) Elaboración de cartel y tríptico informativo. Se ha elaborado un cartel informativo para colocación en salas de espera de pacientes y familiares de la Unidad de Cuidados Intensivos y Urgencias, así como en el pasillo de policlínica, dando información general sobre Herramientas de ayuda en la toma de decisiones (HATD), al lado del cartel se han colocado unos dispositivos de metacrilato con los trípticos informativos. b) Dar a conocer y difundir entre los profesionales del área las HATD: Publicación en el blog de la Unidad de los trípticos elaborados, así como un documento informativo dirigido a profesiones. c) Dar a conocer y difundir entre los ciudadanos del área las HATD. Elaboración de documento que se ha colgado en blog de promoción de salud junto con los dípticos.

Resultados:

Tríptico informático, dirigido a la población. Cartel informativo. Documento dirigido a los profesiones. Documento dirigido a los ciudadanos.

Conclusiones:

Creemos que en la relación entre profesionales y ciudadanos, en nuestra Unidad clínica es importante: 1. Desarrollar una relación de confianza con el paciente, ofreciéndole empatía y calidez. 2. Conocer cuáles son las preferencias del paciente, en cuanto a su papel en la toma de decisiones. 3. Conocer y responder a las ideas, preocupaciones y expectativas de los pacientes. 4. Identificar las opciones y valorar la evidencia en el contexto del paciente individual. 5. Presentar al paciente la evidencia y ayudarlo a reflexionar y evaluar el impacto de las alternativas en relaciones con sus valores y preferencias. 6. Negociar la decisión en conjunto con el paciente y resolver conflictos. 7. Elaborar un plan de acción y preparar un seguimiento.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-557

DISNEA AGUDA Y SHOCK CARDIOGÉNICO. MEJOR CON ECOGRAFÍA

J Chehayeb Morán, C del Pozo Vega, M Celorrio San Miguel,
JV Esteban Velasco, A Hambardzumyan, EA Serrano Lacouture,
S Hernández Bezos

Hospital Clínico Universitario Valladolid

Palabras Clave: insuficiencia cardiaca, disnea, ultrasonografía

Objetivos:

El shock cardiogénico por insuficiencia mitral severa es una entidad que puede precisar de cirugía emergente por lo que es necesaria una rápida identificación que nos permita instaurar un tratamiento adecuado.

Material o pacientes y método:

Paciente de 83 años de edad con antecedentes de HTA y dislipemia que acude al Servicio de Urgencias por empeoramiento de astenia y malestar general de una semana de evolución que comenzó con un cuadro catarral ya resuelto. A su llegada a Urgencias se objetiva FA de inicio no conocido con RV a 1450 lpm sin inestabilidad hemodinámica. Pese a tratamiento para control de frecuencia, al poco tiempo presenta disnea progresiva, taquipnea con trabajo respiratorio e hipotensión arterial. En ECG FA con RV a 135 lpm sin alteraciones en la repolarización. En ecografía a pie de cama se aprecia a nivel pulmonar patrón compatible con edema agudo de pulmón y a nivel cardiaco una FE conservada, no derrame pericárdico e insuficiencia mitral severa por lo que se realiza IC a Cardiología que confirma hallazgos apreciando prolapso por rotura de cuerdas con IM severa excéntrica a septo interventricular con efecto coanda y datos indirectos de aumento de presión en aurícula izquierda. Se realiza cateterismo cardiaco sin apreciarse lesiones significativas en ramas principales e intervención quirúrgica emergente de sustitución valvular.

Resultados:

La insuficiencia mitral aguda por rotura de cuerdas provoca en la aurícula izquierda incrementos desproporcionados de presión y su transmisión retrógrada al circuito pulmonar. Esto produce disnea aguda, o como en el caso de la paciente, progresión hasta edema agudo de pulmón. En los casos de instauración brusca, las cámaras izquierdas son de tamaño normal ya que no da tiempo a que aumenten sus diámetros. En ocasiones, el cuadro es de origen isquémico, generalmente de cara inferior, por lo que es recomendable la evaluación angiográfica antes de cirugía.

Conclusiones:

La dotación en ecografía así como la formación básica puede permitir la optimización del proceso diagnóstico y terapéutico, en especial en situaciones emergentes. Desde SEMES se debe impulsar la dotación, protocolización, así como la sistematización de su formación en Urgencias.

P-558

ESTUDIO COMPARATIVO DEL PERFIL DE PACIENTES CON ICA DERIVADOS A HOSPITALES DE APOYO FRENTE A LOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE REFERENCIA

S Iglesias López, E Rodríguez Adrada, J González del Castillo,
C Elvira Martínez, JJ González Armengol, P Villarroel González-Elípe,
FJ Martín Sánchez

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Palabras Clave: insuficiencia cardiaca, selección de paciente, hospitales satélites

Objetivos:

Existen escasas directrices sobre los criterios de derivación de pacientes con insuficiencia cardiaca aguda (ICA) a hospitales de apoyo.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional de cohortes prospectivo con seguimiento a los 30 días. Se incluyeron los pacientes ingresados en Hospitales de Apoyo, UCE, MIN o GRT del registro EAHFE HV pertenecientes al Hospital Clínico San Carlos. El registro EAHFE incluye pacientes diagnosticados de ICA, excepto aquellos con un síndrome coronario agudo con elevación del ST, según los criterios de Framingham, en 4 periodos de inclusión (1 mes 2007, 1 mes 2009, 2 meses 2011 y 2 meses 2014). Se recogieron variables demográficas, antecedentes personales, situación basal, clínicas y analíticas del episodio agudo, y de resultados a 30 días tras alta. La muestra se dividió en Grupo 1 (G1): Hospital de Apoyo, Grupo 2 (G2): UCE, y Grupo 3 (G3): MIN-GRT.

Resultados:

Se incluyeron un total de 736 pacientes (G1: 222, G2: 151 y G3: 363). Respecto al perfil hubo diferencias respecto al sexo ($p=0,001$), presencia de insuficiencia renal crónica ($p<0,001$), demencia ($p=0,014$), comorbilidad alta ($p=0,008$), NYHA III-IV basal ($p=0,005$), dependencia grave ($p<0,001$), ecocardiografía previa ($p=0,024$), disfunción ventricular sistólica ($p=0,024$), tipo de ICA ($p=0,030$), factor precipitante infección ($p\leq 0,001$), fibrilación auricular ($p=0,022$) y anemia ($p=0,040$), insuficiencia respiratoria ($p<0,001$), insuficiencia renal ($p=0,031$), NT-proBNP: 5.180 ($p=0,040$) y troponina positiva en urgencias ($p\leq 0,001$). En cuanto a los resultados, hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la mediana del tiempo de estancia (G1: 7[RIC6-11], G2: 2[RIC1-3], G3: 9[RIC7-16], $p<0,001$), la mortalidad intrahospitalaria (G1: 3,3%, G2: 0,7%, G3: 12,8%, $p<0,001$), y mortalidad global a los 30 días (G1: 4,3%, G2: 6,2%, G3: 14,2%, $p<0,001$).

Conclusiones:

El perfil del paciente con ICA derivado a hospitales de apoyo difiere del paciente ingresado en el hospital de referencia, especialmente del que lo hace en plantas de Medicina Interna o Geriátrica, pero no tanto del hospitalizado en una UCE.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-559

ADECUACIÓN DEL USO DE ESCALAS DE RIESGO AL INGRESO EN PACIENTES CON SÍNCOPE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS**A Bordell Sánchez (1), C Cantera López (1), Z Caurel Sastre (2), R Romero Pareja (2)***(1) Hospital Universitario de Torrejón, (2) Hospital Universitario de Getafe. Madrid***Palabras Clave:** syncope, cardiogenic syncope, risk factors**Objetivos:**

Se define el síncope como la pérdida transitoria de consciencia secundaria a hipoperfusión encefálica, de escasa duración y recuperación espontánea. Con una prevalencia del 1-3% en los Servicios de Urgencias, prima la identificación del síncope cardiogénico, por su potencial letalidad.

Material o pacientes y método:

Revisión de 1072 historias clínicas de pacientes atendidos en el primer trimestre de 2012, clasificados según el sistema Manchester como ¿síncope y/o lipotimia?, ¿cefalea? y ¿convulsiones?, tras aplicar criterios de exclusión (enfermedad degenerativa importante, antecedentes psiquiátricos, barrera idiomática, estado de embriaguez, errores en el archivo), se aplican de forma retrospectiva las escalas de riesgo OESIL y EGSYS a las 1046 historias restantes, quedando 31 ingresadas para estudio por síncope de origen cardiaco. Datos analizados con el sistema SPSS v14, obteniéndose media y desviación estándar para variables continuas y porcentaje para variables discretas, expresando valores con intervalo de confianza del 95%. Comparación de porcentajes: chi cuadrado con corrección de Yates, T de student para comparación de medias.

Resultados:

De los 31 casos ingresados, un total de 7 (6 varones y una mujer, total de 22. 6%) fueron diagnosticados de síncope cardiogénico con media en las puntuaciones de riesgo: EGSYS U 8. 43, EGSYS M 6. 29 y OESIL 3. 29, todos (100%) puntuando por encima del límite recomendado para considerar origen cardiaco o evento adverso alta. Media de edad 73. 29 años, presentado el 100% FRCV y alteraciones en ECG. Los 22 casos restantes fueron diagnosticados como ¿síncope de origen no cardiaco?, presentaron una media de edad de 70,05 años, un 86. 4% presentaba FRCV, 11 (50%) pacientes no presentaban alteraciones en el ECG y no existían antecedentes de cardiopatía estructural en un 72. 7%. Su puntuación media en escalas de riesgo: EGSYS U 1. 73, EGSYS M 2. 14 y OESIL 1. 59.

Conclusiones:

Los pacientes con síncope cardiogénico fueron correctamente identificados e ingresados. Pacientes con síncope de origen no cardiaco presentan elevada puntuación en las tres escalas de riesgo, y parecen precisar de un tercer discriminador para su correcta identificación y manejo.

P-560

¿SE SIGUEN UTILIZANDO LOS ANTIAGREGANTES PARA LA PREVENCIÓN DE LOS EVENTOS CARDIOEMBÓLICOS EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR**J Gómez Bitrián (1), R Royo Hernández (1), M de Azúa Jiménez (1), L García Forcén (1), JA Ibáñez Pérez de Viñaspre (1), P Alba Esteban (2)***(1) Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza, (2) Hospital del Pirineo***Palabras Clave:** fibrilación auricular, antiagregantes, prevención**Objetivos:**

En los últimos 5 años, con la aparición en la prescripción de los anti-coagulantes de acción directa y la utilización de la escala de riesgo CHA2DS2 VASc, se han mejorado los porcentajes de pacientes con FANV anticoagulados. Aún así, se siguen utilizando en algunos casos antiagregantes.

Material o pacientes y método:

Subestudio del estudio SARA III. Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de todos los paciente mayores de 14 años con diagnóstico en la historia clínica informatizada de fibrilación auricular o flutter, atendidos en todos los Servicios de Urgencias de los Hospitales de la Red SALUD de Aragón. Periodo de estudio comprendido entre el 1 de Julio y el 31 de Diciembre de los años 2012, 2013 y 2014. Los datos se recogieron en una base ACCESS, con posterior estudio estadístico con el programa SPSS v15

Resultados:

Total de pacientes estudiados: 6738. Edad media 75,2 años. Distribución por sexos: 49,4% varones, 50,6% mujeres. Media CHA2DS2 VASc: 3,1, media HAS BLED: 1,8. Tratamiento preventivo de NOVO de los eventos cardioembólicos: inicio antiagregación: en total en 507 pacientes (9,6%). Por años: 2012: en 192 pacientes (11. 6%), 2013: en 162 pacientes (9,2%), en 2014: 153 (8,2%). Según escala CHA2DS2 VASc: con valor 0, 85 pacientes (17%), con 1 en 43 pacientes (11%), con ≥2: en 379 (8,6%). Por Hospitales destacamos: hospital B: 4,4% de pacientes y hospital G: 27,3% de pacientes a los que se les inició antiagregación.

Conclusiones:

1. Mejoría de resultados a lo largo de los años, antiagregando cada vez menos, en la prevención cardioembólica en los pacientes con FANV, (2014 un 8,2%), pero sin llegar aún, al porcentaje adecuado según nuestra Guía, que sería menor del 5%. 2. Alto porcentaje de inicio de antiagregación en pacientes con CHA2DS2 VASc ≥ 2 (8,6%) 3. Existe gran disparidad de criterio entre Hospitales en el inicio de la antiagregación, con una diferencia significativa del 23%.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-561

HOSPITAL DE REFERENCIA SIN UNIDAD DE ICTUS. EVOLUCIÓN DEL CÓDIGO ICTUS EN LA PROVINCIA DE CÓRDOBA DESDE LA IMPLANTACIÓN DEL PLAN INTEGRAL DE ICTUS EN ANDALUCÍA 2011-2014

F Aranda Aguilar (1), J Borja Padilla (2), JJ Ochoa Sepúlveda (3), I Molina Delgado (1), M López Aguilar (1), M Aranda Torregrosa (4)

(1) Empresa Pública Emergencia Andalucía 061. Córdoba,

(2) Empresa Pública Emergencia Andalucía 061. Huelva,

(3) Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba,

(4) Jhon Radcliffe, Oxford University Hospital

Palabras Clave: código ictus, emergencias neurológicas, centros coordinación

Objetivos:

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía puso en marcha el Plan Integral para la Atención al Ictus 2011-2014. La provincia de Córdoba dispone de tres hospitales de 2º nivel, dos de 1er nivel y, como hospital de referencia, el Hospital Universitario Reina Sofía (HURS). En todos se activa el Código Ictus y se realiza Fibrinólisis Intravenosa mediante Equipos de Ictus en los Hospitales de 2º nivel, trasladando al enfermo posteriormente al HURS para valoración de intervencionismo si se precisase. El HURS no dispone de Unidad de Ictus. El Centro Coordinador de la Empresa Pública Emergencias de Andalucía es el encargado de activar el Código Ictus.

Material o pacientes y método:

Estudio transversal observacional descriptivo retrospectivo. Fuente de datos: Sistema Informático Gestión de Urgencias y Emergencias SIEPES y Registros del Servicio Neurología del HURS. Analizamos las demandas asistenciales codificadas desde Coordinación como alteración nivel de consciencia, sospecha ictus y las demandas activación del Código Ictus.

Resultados:

Año 2011: Demandas Sospecha Ictus : 885. Activaciones Código Ictus en la Provincia: 214. Activaciones HURS: 140. Tratamiento definitivo Fibrinólisis Endovascular/Intervencionismo: 33. Coincidencia: 6,42%. Año 2012: Demandas: 2256. Activaciones Provincia: 211. Activaciones HURS: 132. Tratamiento definitivo: 42. Coincidencia: 15,90%. Año 2013: Demandas: 2307. Activaciones Provincia: 204. Activaciones HURS: 130. Tratamiento definitivo: 72. Coincidencia: 20,76%. Año 2014: Demandas: 2323. Activaciones Provincia: 293. Activaciones HURS: 191. Tratamiento definitivo: 89. Coincidencia: 26,17%. Año 2015: Demandas: 2155. Activaciones Provincia: 252. Activaciones HURS: 149. Tratamiento definitivo: 121. Coincidencia: 62,41%.

Conclusiones:

La implementación del Plan Integral por parte de los Equipos de Emergencias Extrahospitalarios en cuanto Activación del Código Ictus ha sido efectivo. Los casos Activación Código Ictus isquémicos y tratados de forma definitiva en HURS se incrementan anualmente. La calidad en la Activación del Código Ictus desde extrahospitalaria parece haber influido significativamente en los resultados de tratamientos definitivos por el Servicio de Neurología y Radiología Intervencionista del HURS.

P-562

PATRÓN DE USO DE ANTIARRÍTMICOS EN LA FABRICACIÓN/FLUTTER AURICULAR EN FASE AGUDA Y AL ALTA DE URGENCIAS

C Garcés San José (1), M Avellana Gallán (2), MF Barcones Molero (3), E Alonso Formento (4), MJ Pueyo Morer (4)

(1) CS San José Norte. Hospital Universitario Miguel Servet, (2) CS San José. Hospital Universitario Miguel Servet, (3) CS Torre Ramona. Hospital Universitario Miguel Servet, (4) Urgencias. Hospital Miguel Servet. Zaragoza

Palabras Clave: atrial fibrillation, anti, arrhythmia agents, cardioversion

Objetivos:

La fibrilación (FA) y el flutter auricular (FLA) son las arritmias cardíacas sostenidas más frecuentes, por lo que parece importante conocer los fármacos disponibles y su efectividad para su correcto manejo.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de los pacientes atendidos en urgencias en los últimos seis meses de los años 2012 a 2015 con diagnóstico de FA/FLA. Se han revisado las historias clínicas con registro de los fármacos antiarrítmicos empleados en fase aguda y al alta. Es parte del estudio SArA.

Resultados:

Estudiamos una población de 268863 pacientes, de los cuales un 0,73% (1963) tenían diagnóstico de FA/FLA. Respecto al uso de antiarrítmicos, se utilizó la amiodarona en un 18,2% (358) de pacientes, la flecainida en un 5,3 % (105), la propafenona en un 0,2% (3), y la cardioversión eléctrica en un 9,3% (203). En cuanto a los frenadores, se utilizaron calcioantagonistas en un 30,8% (604), digoxina en un 17,9% (351), y beta-bloqueantes en un 13,6% (266). Destaca que en un 12,2% (165) de las arritmias permanentes se utilizaron fármacos cardioversores, y en un 45,7% (617) de las arritmias paroxísticas se emplearon fármacos frenadores. Sobre la efectividad de la cardioversión farmacológica a ritmo sinusal, flecainida lo consiguió en un 97%, amiodarona en un 73,5%, propafenona en un 100% (se utilizó en 3 casos), y cardioversión eléctrica en un 95,5%. En un 9,9% ocurrió una cardioversión espontánea. Al alta en un 32,1% (631) se utilizaron los beta-bloqueantes, en un 26,7% (525) los calcioantagonistas, en un 16,4% (322) la digoxina, en un 14,8% (209) la amiodarona, en un 5,3 % (105) la dronedarona, en un 6,2% (121) la flecainida, y la propafenona en un 0,4% (7).

Conclusiones:

Se observa un uso importante de amiodarona en nuestra muestra. Destaca un porcentaje no despreciable de uso de fármacos cardioversores en arritmias permanentes. La cardioversión es el método más efectivo para reversión a ritmo sinusal. Al alta los fármacos más utilizados son los betabloqueantes.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-563

CONOCIMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR POR LOS PACIENTES QUE LA PADECEN ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

C del Pozo Vegas (1), I Moro Mangas (1), J Chehayeb Morán (1), JV Esteban Velasco (1), C López Villar (1), E González García (2)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, (2) Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Palabras Clave: fibrilación auricular, arritmias, urgencias

Objetivos:

La fibrilación auricular (FA) constituye la arritmia frecuentemente atendida en Urgencias(SUH). Las visitas a Urgencias obedecen a descompensaciones propias de la fisiopatología de la arritmia o a alteraciones debidas al consumo de antiarrítmicos o anticoagulantes. El conocimiento de la enfermedad por los pacientes ayuda a reconocer precozmente los síntomas que pueden descompensarla y en la adhesión el tratamiento.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo donde resultaron elegibles aquellos pacientes mayores de 18 años con FA que consultaron en Urgencias por cualquier motivo en los 6 primeros meses de 2014. Se estudiaron cómo podía influir la edad y el nivel de dependencia, medida por el índice de Katz, en el conocimiento de la enfermedad y el estado de anticoagulación, preguntado con lenguaje sencillo no estructurado. Se realizó el análisis estadístico con el programa R.

Resultados:

Se seleccionaron 342 pacientes con los criterios de inclusión cuya edad media fue de 78,34($\pm 10,24$) años. Fueron mujeres 49,12%. El valor mediano de CHA2DS2-Vasc fue de 4 y de HAS-BLED de 3 puntos. Con respecto al entorno sociofamiliar y al nivel de dependencia 52(15,20%) vivían solos y 284(83,04%) eran 100% independientes. Un total de 91(26,60%) pacientes refirieron no conocer que padecían una arritmia crónica y 70(20,46%) no sabían que tomaban medicación que afectaba a la coagulación de la sangre. Realizado el análisis univariante se objetivó que la edad < 75 años resultó significativo para conocer que se padecía FA (69,23% vs 59,09%) $p < 0,005$ pero no significativo para saber que estaban anticoagulados. El ser independiente resultó significativo tanto para el conocimiento sobre la FA y la toma de antitrombóticos (74,59% vs 39,65%) y (65,14 vs 25,86%) respectivamente ambas $p < 0,05$.

Conclusiones:

Uno de cada 4 pacientes con FA atendidos en el SUH refirieron no conocer que padecían FA y uno de cada 5 no sabían que estaban anticoagulados. La edad y el nivel de dependencia pueden explicar estos hallazgos por lo que debemos transmitir a sus cuidadores la importancia de la arritmia y el cumplimiento de su tratamiento.

P-567

DIAGNÓSTICO CRÍTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: DISECCIÓN COMPLETA DESDE LA AORTA ASCENDENTE (TIPO A DE STANFORD) HASTA LA AORTA ABDOMINAL INFRARRENAL

AM Nieto Huertos (1), AI Crespo Martínez (1), J Chimeno García (2), RD Tabernero Rico (3), S Higuero Hernando (3)

(1) Servicio de Urgencias, (2) Servicio de Cardiología, (3) Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Virgen de la Concha. Zamora

Palabras Clave: disección, aorta ascendente, cirugía cardiaca

Objetivos:

El síndrome aórtico agudo (SAA) agrupa enfermedades con características clínicas similares y elevado riesgo vital. Se incluyen la disección aórtica (DA), el hematoma intramural (HI) y la úlcera aterosclerótica penetrante (UAP). La DA consiste en un desgarro de la capa íntima del vaso, que expone la capa media previamente enferma a la fuerza sistólica intraluminal de la sangre que penetra y divide la pared vascular en dos planos con falsa luz. Este proceso disecante se extiende a lo largo de la aorta, generalmente en dirección anterógrada. La DA es una enfermedad catastrófica, con una incidencia estimada de 5 a 30 casos por millón de habitantes, y el único tratamiento eficaz es quirúrgico.

Material o pacientes y método:

Acude al Servicio de Urgencias un varón de 62 años, antecedentes de FA en tratamiento con NACOS. Clínica de 6h de evolución de disnea progresiva hasta hacerse de reposo con molestia en plano anterior de tórax sin irradiación e importante cuadro vegetativo acompañante y dolor en extremidades inferiores. PA: 100/38 mmHg, FC 49x', T° 36°, Sat O2 89%, FR 15. En la exploración física disminución del murmullo vesicular en ambos campos pulmonares. ECG: FA 49x'. Con sospecha de DA, se solicita TAC de Aorta urgente que describe una disección desde raíz aórtica antes de la salida de las arterias coronarias hasta caudalmente aorta abdominal infrarrenal, disección de aorta tipo A de Stanford. Se mantiene monitorización y control farmacológico de la PAS 100-120 mmHg, FC 60-80x', y del dolor. Se deriva al Servicio de Cirugía Cardiaca de Hospital de Referencia para tratamiento quirúrgico.

Resultados:

Se le practicó Cirugía Cardiaca con Sustitución de Válvula Aórtica Mecánica y Tubo de Poliéster en Aorta Ascendente. En Aorta descendente se contempló endoprótesis diferida. Sufrió importante deterioro hemodinámico y sangrado postquirúrgico durante 8 días, con recuperación posterior.

Conclusiones:

Ante la sospecha clínica de DA, es urgente realizar TC de aorta, control farmacológico del dolor y de la PA, y proporcionar cirugía cardiaca vital.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-569

AORTITIS INFECCIOSA POR *ESCHERICHIA COLI*

A Martín Pérez (1), R Peinado Clemens (2), C de Vera Guillén (2),
MA Ruiz Sanz (3), JM Fernández Núñez (3), ID Salguero Bodes (1)

(1) Hospital Ciudad de Coria, (2) Hospital Infanta Cristina, (3)
Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz

Palabras Clave: aortitis, *Escherichia coli*, colitis isquémica

Objetivos:

La aortitis infecciosa es una entidad rara, asociada con alta mortalidad, que por lo inespecífico de sus síntomas frecuentemente se diagnostica post-mortem. Habitualmente los casos están asociados a aneurisma de aorta, siendo muy escasos los asociados a una arteria de calibre normal.

Material o pacientes y método:

Varón de 59 años con antecedentes de artropatía lumbar y hernias discales cervicales intervenidas por mielopatía compresiva con paraparesia secundaria. Acude a urgencias por dolor lumbar irradiado a vacío derecho, vómitos, malestar general y pérdida de 7 kg de peso en el último mes. A la exploración física destaca tetraparesia de predominio izquierdo y dolor en vacío derecho sin signos de irritación peritoneal. Constantes vitales normales. En analítica se objetiva leucocitosis con desviación izquierda (29500, 8736% neutrófilos), resto normal. TAC abdominal: oclusión de aorta infrarrenal y ambas ilíacas (síndrome de Leriche). Masa paraaórtica con áreas de abscesificación que se extiende a ilíacas a filiar etiología. El paciente es intervenido de urgencia por Cirugía Vascular realizándose by-pass axilo-bifemoral, ligadura aórtica, resección y drenaje de absceso periaórtico con exudado de aorta positivo para *E. Coli*. Ingresa en UCI con diagnóstico de sepsis grave, saliendo a planta el tercer día post-intervención. En los días sucesivos persiste dolor lumbar, deposiciones negras y signos de anemización. Se realiza TAC abdominal de control: colitis segmentaria de origen isquémico y colección a nivel ilíaco izquierdo. Persistencia de la sintomatología en los días posteriores a pesar de tratamiento analgésico y antibiótico intensivo. El 18º día tras intervención el paciente presenta deterioro clínico con aumento del dolor lumbar, fiebre e hipotensión mantenida por lo que se realiza nuevo TAC donde se objetiva rotura de aorta infrarrenal a nivel de la ligadura y extenso hematoma perirrenal.

Resultados:

Se procede a intervención quirúrgica emergente por Cirugía Vascular, falleciendo en UCI horas mas tarde por shock hipovolémico.

Conclusiones:

La aortitis infecciosa debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de pacientes con dolor lumbar, torácico o abdominal insidioso, fiebre y aumento de marcadores inflamatorios, siendo fundamental un tratamiento precoz por su elevada mortalidad.

P-571

SERIE DE CASOS DE MIOPERICARDITIS EN PACIENTES ADOLESCENTES EN UN HOSPITAL COMARCAL

P Rodríguez Lavado, M de la Torre Olivares, D Rosillo Castro,
D Fernández Garrido

Hospital Comarcal del Noroeste de Caravaca de la Cruz. Santo
Ángel, Murcia

Palabras Clave: pericarditis, dolor torácico, disnea

Objetivos:

Se estudian tres casos de miopericarditis que acontecen en un período de 10 días en pacientes de 16 años en el hospital comarcal del Noroeste en Caravaca de la Cruz.

Material o pacientes y método:

Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo que incluye tres pacientes, dos varones y una mujer, de 16 años de edad, sin antecedentes importantes, que acuden al servicio de urgencias del hospital con clínica de dolor torácico irradiado a miembros superiores, asociado a disnea de reposo y acompañado de un catarro de vías altas en los días previos.

Resultados:

En los tres casos se obtiene, en los análisis de sangre, una elevación de la Troponina I, CK y CK-MB. Así mismo, encontramos en el electrocardiograma una elevación de más de un milímetro del segmento ST en varias derivaciones. Ante estos hallazgos se decide traslado a UCI del hospital de referencia con diagnóstico de miopericarditis, donde se realiza tratamiento y serologías víricas y bacterianas, siendo positivas para adenovirus.

Conclusiones:

La pericarditis es una rara causa de dolor torácico en niños y adolescentes, aunque siempre debe tenerse en consideración. Los hallazgos electrocardiográficos resultan determinantes para su diagnóstico, aunque conviene recordar que el ECG puede ser normal o puede confundirse con el patrón de repolarización precoz, variante de la normalidad. Además, deberá realizarse un estudio de las enzimas cardíacas pues puede verse afecto el miocardio. La etiología es fundamentalmente infecciosa, siendo los mayores causantes los virus, principalmente Coxsackie, citomegalovirus y adenovirus.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-572

TIEMPOS DE DERIVACIÓN A ICP (INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA) DE LOS PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST EN UN HOSPITAL COMARCAL SIN SALA DE HEMODINÁMICA

M Aguilera Peña, R Ruiz Cabello, JM Recio Ramírez, JA Guzmán Pérez, M Gómez García, A Molina Martos, F Moreno Osuna

Hospital de Montilla. Córdoba

Palabras Clave: acute coronary syndrome, percutaneous coronary intervention, monitoring

Objetivos:

El síndrome coronario agudo (SCA) es una patología con una alta prevalencia en los servicios de urgencias de españoles. Dentro del espectro de este síndrome, el SCA sin elevación del ST (SCASEST) constituye una patología con un significativo desafío diagnóstico y de estratificación de riesgo, el cual nos guiará hacia una terapia más o menos invasiva. Según las recomendaciones actuales los SCASEST de moderado o alto riesgo deben ser derivados para manejo invasivo (ICP), estableciendo unos tiempos óptimos según la severidad y riesgo.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo donde se recogieron a todos los pacientes que ingresaron en nuestro hospital (hospital comarcal sin sala de hemodinámica con 90 camas y con una población de influencia de 63590 habitantes), con diagnóstico de síndrome coronario agudo sin elevación y con elevación del segmento ST, un total de 411 pacientes, entre los años 2010 y 2015.

Resultados:

De los 411 pacientes, se realizó cateterismo a 266 (64%), de los cuales 101 fueron con elevación del segmento ST (38%) y 165 sin elevación del segmento ST. La media de edad de los pacientes en SCASEST fue de 70,2 años, y de forma mayoritaria fueron varones (71%). En el 59% de los casos el ECG fue normal o presentó cambios inespecíficos de la onda T. La estancia media de ingreso en nuestro hospital, hasta su derivación para ICP, fue de 3. 2 días. Se realizó ICP urgente en el 4% de los pacientes, ICP precoz (< 72 horas) se llevó a cabo en el 29% de los pacientes, e ICP electiva (> 72 horas) se realizó al 67 %.

Conclusiones:

El tipo de corononariografía en función del tiempo-riesgo solicitada y derivada a nuestro hospital de referencia, con sala de hemodinámica, se ajustó a las recomendaciones realizadas en las guías clínicas actuales.

P-573

EFFECTO DE UNA POLÍTICA DE TRASLADADOS DESDE URGENCIAS EN EL NÚMERO DE PACIENTES PENDIENTES DE CAMA INGRESO

P Villarroel González Elipe, JJ González Armengol, J González del Castillo, P Alonso, C Elvira, C Fernández, FJ Martín Sánchez

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Palabras Clave: saturación, traslado, alternativa hospitalización

Objetivos:

La saturación de los Servicios de Urgencias se asocia a un descenso de la mayoría de los indicadores de calidad, un alto riesgo de peores resultados clínicos, a la insatisfacción de pacientes, familiares y personal sanitario y a deterioro de aspectos como la dignidad, la comodidad o la confidencialidad. Se han desarrollado diversas estrategias, como las alternativas a la hospitalización convencional, con el fin de paliar esta circunstancia. El traslado de pacientes a hospitales de apoyo de menor nivel directamente desde un Servicio de Urgencias podrían ser una estrategia que mejora la saturación de urgencias aunque existen escasos datos sobre el efecto en el número de pacientes pendientes de cama.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de una serie de casos que incluyó a todas las atenciones realizadas en un Servicio de Urgencias de un Hospital Terciario Universitario desde 2002 a 2008. Se recogieron indicadores de media anual de visitas diarias a urgencias, traslados diarios, presión de urgencias y pacientes pendientes de cama hospitalaria a las 8: 00 am.

Resultados:

Se incluyeron 953. 945 atenciones urgentes. Durante el periodo del estudio se incremento de forma estadísticamente significativa el número de traslados diarios de 6,3 a 15,5 ($R^2=0,81$, $p=0,01$) disminuyendo el número de pacientes pendientes de cama de 30,8 a 11,2 ($R^2=0,86$, $p=0,01$). El número de pacientes pendientes de cama se correlacionó de forma estadísticamente significativa con el número de traslados diarios ($p=0,01$) y una tendencia con el número de visitas a urgencias diarias ($p=0,10$). Tras el análisis de regresión lineal múltiple, el número de traslados diarios fue factor un independiente asociado al número de pacientes pendientes de cama ($\beta=1,5$, $p=0,05$).

Conclusiones:

Una política de traslados de pacientes a hospitales de apoyo directamente desde urgencias podría ser un mecanismo que mejora la saturación de los servicios de urgencias hospitalarios.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-574

GASTO DERIVADO DE LA ATENCIÓN A CONSUMIDORES DE CANNABIS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

B Martín Pérez (1), L Delgado Alonso (2), R Castellanos Flórez (1), A Dueñas Laita (3), JC Sánchez Rodríguez (1), R Rodríguez Calzada (4), M Hernández Gajate (5)

(1) Médico de Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Río Hortega, (2) Médico SVB Medicalizado de Medina de Rioseco, (3) Unidad de Toxicología Clínica. Hospital Universitario Río Hortega, (4) Médico UME1 Valladolid, (5) Jefe de Servicio de Urgencias. Valladolid

Palabras Clave: cannabis, gestión de recursos, servicio de urgencia en hospital

Objetivos:

El consumo sustancias ilegales supone un importante gasto a sanitario en España. El cannabis, considerada una droga "blanda", es la más consumida en nuestro país.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo de octubre 2014 a septiembre 2015, de los pacientes con cannabis positivo atendidos en el SU.

Resultados:

Se incluyeron 192 pacientes (72,4% hombres, $33,4 \pm 11,6$ años, rango de 14-67 años). El 53,6% accedió al hospital en ambulancia. La distribución por meses fue: Enero 5,2%, Febrero 7,8%, Marzo 7,3%, Abril 7,3%, Mayo 15,1%, Junio 8,9%, Julio 9,4%, Agosto 10,4%, Septiembre 9,4%, Octubre 5,7%, Noviembre 5,2% y Diciembre 8,3%. Durante el fin de semana se atiende un 39,1%. Respecto a las franjas horarias, en turno de mañana (8: 00-14: 59) el 28,2%, tarde (15: 00-21: 59) el 33,8%, noche (22: 00-7: 59) el 38%. Respecto a las pruebas complementarias, se realizó analítica sanguínea al 68,2%, Rx tórax 18,8%, TAC 12%, otras Rx 9,9%, Ecografía 1,65%, otros 2,1%. ECG 62%. Se realizó interconsulta en el 50% (43,2% psiquiatría, 1,1% cardiología, 5,7% otras especialidades). En el 75%, no se detectaron otras drogas y un 17,2% fue positivo a alcohol. Tiempo de estancia medio fue de 319 minutos. El 58,9% fueron dados de alta, ingresaron en 12,5% en psiquiatría, 7,3% en planta y 2,1% en intensivos. El 9,4% precisaron consulta psiquiátrica externa y 2,6% en otras, 5,7% fueron alta voluntaria y 1,6% fue trasladado a otro centro. Un paciente falleció. El 56,2% tenían registradas atenciones previas. La atención en SU de los consumidores de cannabis, asciende a más de 300 euros/día.

Conclusiones:

La atención en el SU de los consumidores fue de 300 euros/día, esto sin incluir que el 40% de los casos precisa una atención posterior, bien con ingreso o seguimiento ambulatorio. Las cargas de trabajo son mayores en los meses estivales y con eventos festivos, pero se distribuyen por igual entre los diferentes turnos de trabajo y días de la semana.

P-575

DETECCIÓN DE MALARIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: UN RETO DIAGNÓSTICO

E Martínez Suárez, EP Fernández Fernández, L Pachó Millán, C Díaz Olaizola, J López Escuin, S Ramírez Abril, F Casarramona Lobera

Consorci Sanitari del Maresme. Mataró, Barcelona

Palabras Clave: malaria, urgencias, fiebre

Objetivos:

La fiebre es el segundo motivo de consulta en viajeros o personas procedentes de zonas tropicales y subtropicales. La causa más frecuente de fiebre es la malaria, causada por la picada del mosquito Anopheles.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes afectados de malaria durante el año 2015 en nuestro hospital. La recogida de datos se hizo a través de la historia clínica informatizada.

Resultados:

Se han registrado 9 casos de malaria: 7 hombres (77. 7%) y 2 mujeres, la edad media fue 40. 6 años: el paciente más joven tenía 12 años y el más grande, 66 años. Todos los pacientes provenían de zonas endémicas: 5 de Senegal, 2 de Gambia y 2 de Malí. Respecto al momento del diagnóstico, el 66. 6% de los casos se diagnosticaron en Septiembre. El motivo principal de consulta fue la fiebre en 8 de los casos, acompañada de mialgias, odinofagia o mal estado general. Todos los pacientes fueron diagnosticados de Malaria por la especie *Plasmodium falciparum*. La prueba diagnóstica de elección fue la gota gruesa. El 66. 6% de los pacientes no habían realizado quimioprofilaxis.

Conclusiones:

La malaria es una enfermedad infecciosa que se debe considerar en pacientes que acuden al Servicio de Urgencias por fiebre y proceden o han estado de viaje en una zona endémica del mosquito Anopheles. Tiene una gran importancia sospechar esta enfermedad, ya que nos permitirá a través de la anamnesis y la exploración física, realizar pruebas de diagnóstico microbiológico y empezar el tratamiento precozmente para evitar formas graves de la enfermedad.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-578

LAS MÚLTIPLES CARAS DE LA DISECCIÓN AÓRTICA

M Sánchez Galindo, A von Wernitz Teleki, M Negro Rúa, C del Arco Galán

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

Palabras Clave: aneurisma disecante, signos y síntomas, diagnóstico precoz

Objetivos:

la disección aórtica es una rotura de la capa media causada por una hemorragia intramural que provoca la formación de una falsa luz con alteraciones del flujo y se clasifica en tipo A(75%) o tipo B según exista afectación o no de la aorta ascendente. Su incidencia es de 6/100. 000/personas/año, siendo mayor en varones, hipertensos y edades avanzadas. El dolor torácico o dorsal intenso es el síntoma más frecuente (70-80%), existiendo otros menos comunes como fallo cardiaco por insuficiencia aórtica, síncope, taponamiento cardiaco, accidente cerebrovascular, parada cardiaca o muerte súbita. Se trata de una Urgencia médico-quirúrgica con alta mortalidad(15-35%) cuyo pronóstico depende de una rápida actuación.

Material o pacientes y método:

Varón de 73 años con antecedentes de HTA sin otros factores de riesgo cardiovascular. Acude a Urgencias por presentar un síncope brusco, sin pródromos de 2 minutos de duración, acompañado de relajación de esfínteres. No dolor torácico o disnea. No convulsiones ni focalidad neurológica. A su llegada se encuentra pálido y sudoroso con Glasgow 15/15, TA= 127/64 mmHg, FC=80 l. p. m, afebril y saturando al 98%. Asintomático, únicamente refiere necesidad imperiosa de hacer deposición objetivándose heces líquidas mezcladas con sangre roja, con un abdomen blando, ruidos conservados, molesto a la palpación de forma difusa sin defensa ni peritonismo. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos. No signos congestivos. No focalidad neurológica. Pulsos periféricos conservados. Se realiza BMT(100 mg/dL), ECG (sin alteraciones), analítica (destaca 21. 700 leucocitos con neutrofilia, LDH 264 U/L y L-Lactato 2. 6 mmol/L) y Rx de tórax en la que destaca importante ensanchamiento mediastínico

Resultados:

Al objetivar ensanchamiento mediastínico en la Rx de tórax se engloba el síncope y los signos de isquemia mesentérica como síndrome aórtico agudo. Se realiza AngioTC que revela una disección de aorta tipo A interviniéndose urgentemente para sustitución valvular aórtica y colocación de tubo de aorta ascendente con buenos resultados

Conclusiones:

Dado que la disección aórtica es una entidad con muy diversas formas de presentación clínica, es necesario mantener un alto índice de sospecha que permita un rápido diagnóstico y tratamiento que disminuya su alta mortalidad.

P-579

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS POR UNA URGENCIA MEDICO-QUIRÚRGICA POTENCIALMENTE GRAVE. UTILIDAD DE LA IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES CRÓNICOS EN SITUACIÓN DE COMPLEJIDAD

A García Martínez, M Ortega Romero, L Millet, C Hernández, A Antolín, E Bragulat

Hospital Clínic. Barcelona

Palabras Clave: cronicidad, circuito asistencial, ingreso

Objetivos:

Los pacientes con enfermedades crónicas presentan frecuentes descompensaciones que requieren atención urgente. Conocer las necesidades de esta población es fundamental para mejorar la calidad asistencial.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo de pacientes que consultan al SU en días seleccionados aleatoriamente. Criterios de inclusión: edad: 65 años, paciente de zona, nivel de triaje III (MAT) y urgencia médico- quirúrgica (no incluye traumatología, otorrinolaringología, oftalmología, psiquiatría, ginecología). Se analizan variables demográficas, antecedentes y características del episodio actual. Se analiza por separado el subgrupo de pacientes identificados por el equipo de atención primaria como pacientes crónicos en situación de complejidad.

Resultados:

Los días del estudio se atendieron 4143 visitas y 641 (15,5%) cumplían los criterios de inclusión (edad 80 ± 8 años). El 96,3% tenía alguna enfermedad crónica y un 88,6% estaba polimedicado. Diagnósticos más frecuentes: insuficiencia cardíaca (8,4%), infección urinaria (5,9%) y dolor abdominal inespecífico (4%). El 44% ingresó y el resto fue dado de alta tras $9 \pm 7,5$ horas en urgencias. El principal servicio de ingreso fue medicina interna (28,6%) seguido del traslado a un hospital de menor complejidad (18,6%). Un 7,5% de pacientes ingresó en UCI y/o unidad de intermedios, un 3,3% recibió tratamiento intensivo y un 3,9% fue sometido a cirugía. El 3,9% de los pacientes falleció durante el episodio actual. Los pacientes identificados como complejos representaron el 26% de la muestra. Tenían más edad, más comorbilidad, tomaban más fármacos, ingresaron con más frecuencia y tuvieron más mortalidad. La necesidad de ingreso se relacionó con: edad mayor a 80 años (OR 1,447 [1,018- 2,057]), ingreso no previsto los 6 meses anteriores (OR 2,45 [1,165-5,154]) o usar transporte sanitario para el traslado al SUH (OR 2,364 [1,653-3,378]).

Conclusiones:

Los pacientes de la muestra tuvieron unas necesidades asistenciales importantes, especialmente los identificados como crónicos en situación de complejidad. Algunas características del paciente a su llegada al SU se asociaron a la necesidad de ingreso. La identificación precoz de estos pacientes podría mejorar la calidad asistencial.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-580

LA CARA OCULTA DE UN INFARTO

V Martínez Prieto (1), AM Pozo Cascajosa (2),
T Aragón Aragón (1), A Martínez Albendiz (1),
FJ Gómez Torrado (1), P Castro Montero (1),
M Romero González(1)

(1) EPSBG. Hospital Alta Resolución. Écija, (2) SAMU Madrid

Palabras Clave: heart attack, syncope, electrocardiogram

Objetivos:

Un infarto de miocardio suele presentarse con dolor centrotorácico típico opresivo, en relación a un esfuerzo y suele acompañarse de cortejo vegetativo. A veces debuta como cuadro sincopal de perfil cardíaco. Pero la clínica del infarto de miocardio no siempre se correlaciona con lo descrito en la bibliografía.

Material o pacientes y método:

Varón de 45 años sin FRCV conocidos, solo fumador, traído en ambulancia no medicalizada porque sobre las 3 de la mañana se despertó para orinar, debutando con sudoración y despeño diarreico con posterior desvanecimiento con pérdida de conocimiento. Se ha contusionado la cara con una pared de su casa, presenta dolores osteomusculares pero movilizándolo todas las articulaciones, se queja de dolor en brazo izquierdo. Su hermano se lo encontró tirado en el suelo de la casa y avisa a ambulancia. Pasa directo a sala de parada, se monitoriza, se coloca GN y se realiza ECG. REG, CyO, frío, precisa manta térmica, eupneico. Hipotenso 100/56, ACR arritmico, MVC. Escoriaciones superficiales en cara. Exploración neurológica sin focalidad.

Resultados:

ECG: IAM inferior con trigeminismo, Bioquímica: básico normal, salvo K 5. 5, Troponina T US 10000. + Hematimetría: normal. SE pauta AAS 300 mg + Clopidogrel 300 mg + Paracetamol iv+ Carga de Amiodarona + Metoclopramida + Enoxaparina 30 mg iv + Metalyse 8000 UI + Enoxaparina 80 mg Sc. No se administra CFN iv por hipotensión. Para dolor, Meperidina iv. Se avisa al 061, mandan helicóptero, comentado caso con UCI de Osuna, aun no ha pasado el tiempo reglamentario postfibrinólisis, se sugiere mandar a Virgen del Rocío, donde acepta el paciente en UCI de coronarias. Se le realiza angioplastia de rescate por perfusión tras fibrinólisis no efectiva (oclusión completa de ACD media-2 aspiración de trombo + stent farmacoactivo y dilatación con balón, con normalización del ST casi inmediata). Buena evolución clínica. Pico TnT 10000 UI-6300-4734

Conclusiones:

El cuadro sincopal aunque sugestivo de vasovagal puede enmascarar una patología potencialmente mortal para el paciente. La interpretación del ECG es vital para optimizar un tratamiento dentro de clonas.

P-583

DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS. ¿CAMBIA LA TIPOLOGÍA 18 AÑOS DESPUÉS?

E López Garzón, C del Arco Galán

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

Palabras Clave: dolor abdominal, urgencias, estudio observacional

Objetivos:

El dolor abdominal es un motivo de consulta muy frecuente en los servicios de urgencias. Representa un reto para el profesional ya que engloba un elevado número de diagnósticos posibles. Conocer sus características permite adecuar la forma de abordarlo organizando su atención en urgencias.

Material o pacientes y método:

Diseño: Se trata de un estudio retrospectivo comparativo de dos cohortes: una actual y una histórica. Se seleccionaron las consultas por dolor abdominal durante un período de 3 meses (noviembre a febrero de 1998 y 2015). El Hospital Universitario de 3er nivel con 500 camas, atiende una población de 350. 000 personas, sin obstetricia, ginecología ni pediatría. Registra 90. 000 urgencias anuales. Se describen y analiza las variables demográficas, los diagnósticos, decisiones y destino al alta.

Resultados:

En 1998: se registran 1501 episodios de consulta por dolor abdominal (7,5%) en 1379 pacientes. 1237 (98%) consultaron 1 vez, 106 (8,2%) 2 o más. En 2015: 1174 episodios (4,9%) en 1092 pacientes. 1022 (93,5%) consultaron una vez y 70 (6,41%) 2 o más. En la primera serie la edad media fue de 48,7 años y el 55,5% fueron mujeres y en la segunda la edad fue de 51 años y el 62% fueron mujeres. Las altas fueron 1267 (84%) y 1010 (86%) respectivamente, los fallecimientos 4 (0,2%) y 1 (0,08%) y los ingresos 230 (15,3%) y 163 (13,8%). El diagnóstico: dolor abdominal inespecífico supone el 38,7% y el 30% respectivamente. La decisión de tratamiento quirúrgico inicial se tomó en 8,6% y 5,6% respectivamente.

Conclusiones:

El dolor abdominal es un motivo de consulta frecuente en urgencias. Un tercio de los pacientes son alta a domicilio con diagnóstico de dolor inespecífico, algo menos que en 1998. La reconsulta en un periodo de 30 días es inferior al 10% antes y ahora. La decisión de tratamiento quirúrgico inicial es relativamente baja y menor en 2015 que en 1998.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-585

SATURACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y REPERCUSIÓN BIBLIOGRÁFICA EN PUBMED

J Velasco Montes (1), S González Díez (2)

(1) Médico funcionario en prácticas, (2) Centro de Salud de Calahorra. Logroño

Palabras Clave: emergency service, hospital, emergency medicine, crowding

Objetivos:

La saturación de los servicios de urgencias en España es uno de los principales retos en la gestión eficiente de los mismos. Aunque este problema ha sido estudiado con mayor intensidad en los últimos años, los potenciales usuarios de estos servicios quizá no han sido suficientemente sensibilizados de la importancia de este problema en la atención que es posible dispensar en situaciones de saturación. Con el siguiente trabajo hemos querido realizar un estudio del impacto que este problema tiene en uno de los principales buscadores de internet (Google®).

Material o pacientes y método:

Búsqueda en Pubmed de las palabras clave Emergency Service, Hospital o Emergency Medicine y Crowding, en los idiomas español e inglés.

Resultados:

Año 2010 - 41 trabajos, Año 2011 - 80 trabajos, Año 2012 - 91 trabajos, Año 2013 - 70 trabajos, Año 2014 - 66 trabajos, Año 2015 - 29 trabajos.

Conclusiones:

Durante los años incluidos en el período de estudio se observa una estabilidad en el número de trabajos publicados en Pubmed. El relativo bajo número de trabajos publicados durante el año 2015 se debe probablemente a que todavía no están codificados a la fecha de confección de este trabajo. Todos los trabajos publicados en los últimos meses del año anterior.

P-586

INTOXICACIÓN POR CHOCHOS

A Chamali Pino, E Tejedor Simón, A Revuelta Alonso,
B García López, M Anadón González

Hospital Universitario Infanta Sofía. Alcobendas, Madrid

Palabras Clave: disartria, midriasis, accidente cerebrovascular

Objetivos:

Mujer, 64 años, dislipémica, bronquitis crónica, acude a Urgencias por cuadro de disartria de dos horas de evolución sin otras alteraciones. A la exploración física, se encuentra hemodinámicamente estable, con glucemia capilar de 114 mg/dL. Sequedad mucosa. Se evidencian midriasis pupilar bilateral con ambas pupilas reactivas y disartria sin otras alteraciones neurológicas. Glasgow 15/15. Ante estos hallazgos se activa protocolo de código ictus y se contacta con hospital terciario de referencia. Se realizan pruebas complementarias y se decide traslado.

Material o pacientes y método:

A su llegada, se traslada a la unidad de reanimación donde se cursa analítica de sangre, orina con tóxicos y TAC craneal. Se activa código Ictus. Sin hallazgos significativos se comenta con neurólogo de guardia que decide traslado a la unidad de Ictus para revaloración. Se rehistoria de forma incisiva a la paciente quien refiere ingesta de grandes cantidades de altramuces esa tarde. Niega ingesta de otros tóxicos.

Resultados:

Tras ser valorada por neurólogo de guardia y teniendo en cuenta la anamnesis, se concluye que podría tratarse de un síndrome anticolinérgico secundario a intoxicación por ingesta de altramuces. Se descarta accidente cerebrovascular y se remite de nuevo a su hospital de referencia para observación. Tras 24 horas, dada la mejoría clínica significativa se decide alta domiciliaria.

Conclusiones:

El síndrome anticolinérgico es una entidad secundaria a la ingesta de sustancias con efecto antimuscarínico, habitualmente infradiagnosticado. El diagnóstico se establece en función de las manifestaciones clínicas tales como midriasis, sequedad cutáneomucosa, taquicardia, trastornos cognitivos y fiebre. Este caso pone de manifiesto la importancia de una anamnesis completa ya que lo más insignificante puede tener su importancia y podría evitar emplear recursos asistenciales innecesarios.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-590

ECOGRAFÍA EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO

JM Álvarez Franco (1), M Garmendia Zallo (2),
G Moreno Basarrate (3), J Blázquez (3), L Cortón Corral (3),
JJ García Líndez (4)

(1) SAMU-061. Mallorca, (2) Urgencias. Hospital de Cruces.
Baracaldo, Vizcaya, (3) Hospital de Cruces. Baracaldo, Vizcaya,
(4) SAMU-061. Mallorca

Palabras Clave: ecografía, reanimación, extrahospitalario

Objetivos:

La ecografía ha demostrado ser una herramienta importante tanto en los cuidados posresucitación, como en la ayuda al guiar una reanimación en un paro cardíaco.

Material o pacientes y método:

Recogida de datos de los paros cardíacos de etiología no traumática en UVI móvil en los que se utilizó ecografía como ayuda durante la reanimación cardiopulmonar desde octubre 2013 hasta enero 2016, realizados por un único observador y el mismo equipo de ultrasonidos. Describir las posibles causas de paro cardíaco a través de una hoja de recogida de datos.

Resultados:

Atendidos 31 pacientes en dicho periodo, en todos se utilizó la ecografía en algún momento de la reanimación. El 55 % de los pacientes fueron reanimados en el ámbito extrahospitalario, mostrándose la ecografía de ayuda en varios casos a la hora del diagnóstico y guía en el tratamiento (taponamiento cardíaco, tromboembolismo pulmonar, infarto miocardio, hipovolemia, y valoración del retorno a la circulación espontánea, con actividad mecánica, verdadera actividad eléctrica sin pulso, etc), demostrando la utilidad en este sentido en el 100% de los casos.

Conclusiones:

La ecografía en el ámbito extrahospitalario, en manos de personal entrenado, siempre que se haya comenzado una reanimación cardiopulmonar de calidad, puede ser de mucha ayuda en el diagnóstico de las posibles causas de paro cardíaco, así como orientar las decisiones en el tratamiento en la fase posresucitación.

P-594

DOLOR TORÁCICO DE EVOLUCIÓN FATAL CON ERGOMETRÍA PREVIA NEGATIVA

A Martín Pérez (1), C de Vera Guillén (2), R Peinado Clemens (2),
MA Ruiz Sanz (3), JM^a Fernandez Núñez (3), MC García Cáceres (3)

(1) Hospital Ciudad de Coria, (2) Hospital Infanta Cristina, (3)
Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz

Palabras Clave: dolor torácico, cardiopatía isquémica, ergometría

Objetivos:

El dolor torácico es uno de los motivos fundamentales de consulta tanto por su frecuencia como por la posible gravedad que representa. Constituye entre el 5% y 20% de las consultas en urgencias de un hospital general. La ergometría es una prueba fundamental para confirmar o descartar el origen coronario del dolor, teniendo un valor predictivo negativo cercano al 98%. Por lo tanto, se considera segura y eficaz en el manejo del dolor torácico de origen isquémico.

Material o pacientes y método:

Paciente de 54 años con antecedentes de dislipemia, diabetes mellitus, fumador y obeso remitido a consultas de Cardiología por disnea a moderados esfuerzos de un año de evolución sin dolor torácico. Electrocardiograma en ritmo sinusal con T negativa en cara inferior. Ecocardiograma normal. Se realiza ergometría: clínica y electricamente negativa (86% FCMO-141 lpm) con TAS máxima de 150 mmHg. Es dado de alta de la consulta de Cardiología con recomendación de seguimiento por su médico de atención primaria. Veinte días tras el alta acude a Urgencias por dolor torácico de inicio en reposo con cortejo vegetativo objetivándose elevación del segmento ST en V2-V6. En observación sufre cuadro sincopal con bradicardia e hipotensión mantenida a pesar de drogas vasoactivas. Se traslada a la Unidad de Hemodinámica de nuestro hospital sedado, intubado y en situación de shock cardiogénico.

Resultados:

La coronariografía muestra oclusión aguda trombótica de DA proximal, CX con placa proximal y CD que es dominante y se rellena por colaterales desde la Cx. Durante la prueba sufre FV precisando realización de maniobras de RCP avanzada y aspiración de trombo de la DA, a pesar de lo cual el paciente fallece.

Conclusiones:

Tras revisión de la bibliografía existente, existe unanimidad en que la ergometría constituye un método seguro y eficiente para la evaluación del dolor torácico de probable origen isquémico, a pesar de la existencia de casos como este.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-596

USO DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP) EN PACIENTES ANTICOAGULADOS QUE SUFREN UNA HEMORRAGIA DIGESTIVA

J Fernández Campillo, J Peris Giner, E Cardona García, A Lombana Castillo, N Condado Gómez, R del Río Navarro, JC Medina Álvarez

Hospital Universitario de Torrevieja. Alicante

Palabras Clave: IBP, anticoagulación, hemorragia digestiva

Objetivos:

Dado el grave deterioro de la función plaquetaria que se observa en condiciones de pH alto in vitro, una posible estrategia de actuación consistiría en reducir la acidez gástrica hasta obtener un pH casi neutro que pudiera estabilizar el coágulo sobre la úlcera y detener la hemorragia o prevenir recurrencia. Esto quedó demostrado en el famoso artículo: A Comparison of Omeprazole and Placebo for Bleeding Ulcer- NEJM 1997;336(15): 1054-1058. Asimismo también se demostró la disminución de hemorragias digestivas (HD) en pacientes en tto con fármacos gastroerosivos y tto anticoagulantes, con el uso de IBPs, de manera preventiva.

Material o pacientes y método:

Se revisaron las Historias Clínicas de todos los pacientes con HD, atendidos en el Servicio de Urgencias de nuestro Hospital en el año 2015, extrayendo datos solo de los que estaban en tratamiento anticoagulante.

Resultados:

Atendimos a 30 pacientes con HD y tratamiento anticoagulante, 13 mujeres y 17 hombres, con una edad media de 77 años. El 80% estaban en tto con antagonistas de la Vitamina K y el resto con NACO. El 60% de estos pacientes tomaban IBPs profilácticos, el 94% de ellos con dosis 20 mg de pantoprazol u omeprazol. El 53% de los pacientes con HD y anticoagulación oral tomaban, además, otros tto gastroerosivos (antiagregantes, antidepresivos-IRS, bifosfonatos) y de éstos, solo el 62% estaban en tto profiláctico con IBPs, dicho de otra forma, el 20% de los pacientes en tto con anticoagulantes orales y fármacos gastroerosivos, que sufren una HD, no toman IBPs de forma profiláctica.

Conclusiones:

Deberíamos preocuparnos en que todos los pacientes en tto con anticoagulantes orales sigan tto profiláctico con IBPs, y quizás a dosis de 40 mg de omeprazol o pantoprazol, sobre todo en aquellos que además toman fármacos gastroerosivos, no en vano, muchos de estos pacientes han sido atendidos en los Servicios de Urgencias previamente, por otras patologías. Los urgenciólogos podríamos evitar que estas personas sufran, en un futuro, episodios que ponen en peligro su vida, tomemos un papel activo en la prevención de las HDs.

P-599

TAQUICARDIA PAROXÍSTICA SUPRAVENTRICULAR EN PACIENTE PEDIÁTRICA

PF Fuentes Ruiz (1), AM Díaz Pilco (2), A Alegre Alvarenga (3)

(1) ICS CAP Santa Eugènia de Berga, (2) ICS CAP Manlleu, (3) Hospital de Campdevanor. Barcelona

Palabras Clave: taquicardia paroxística, arritmias cardíacas, adenosina

Objetivos:

En un hospital comarcal consulta una niña de 8 años, derivada de su CAP, sin clínica previa, por sensación de palpitaciones, valorada por su pediatra, encontrando taquicardia que no responde a maniobras vagales.

Material o pacientes y método:

A la exploración física: Tensión arterial: 92/52, Frecuencia Cardíaca: 240x2, Saturación de hemoglobina: 94%. palidez mucocutánea, latido yugular, taquicardia rítmica, sin signos de insuficiencia cardíaca, auscultación respiratoria anodina. Electrocardiograma: taquicardia a 240x2, QRS estrecho. Analítica dentro de normalidad.

Resultados:

Se determina Taquicardia Supraventricular, iniciándose tratamiento con maniobras vagales, adenosina en 2 bolos (el primero de 100mcg/Kg y el segundo de 200mcg/Kg) + 2 bolos de Atenolol 0,05mg/Kg endovenoso cada 5 minutos, con cardioversión farmacológica exitosa.

Conclusiones:

En el caso presentado es el caso típico de Taquicardia Supraventricular, que se caracteriza por presentar un QRS estrecho y FC > de 220x. El manejo en urgencias inicia con la valoración del estado hemodinámico, para decidir el tipo de cardioversión, eléctrico si se encuentra inestable hemodinámicamente o farmacológico/maniobras vagales si está estable. Posteriormente requiere un estudio electrofisiológico en centros de referencia y tratamiento adecuado. Es necesario tener un conocimiento del diagnóstico y tratamiento en esta condición potencialmente grave y tiempo-dependiente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-605

INSUFICIENCIA RENAL INOCENTE

A Urraca Gamaury (1), D Diego Pinto (2), RM Aparicio Alonso (1),
AC Llorente Rojo (1), H Santana Zapatero (1)

(1) Hospital Virgen de la Concha. Zamora,

(2) Hospital Comarcal Benavente. Salamanca

Palabras Clave: insuficiencia renal aguda, hematuria, proteinuria

Objetivos:

Desde su descubrimiento en 1968 la Nefropatía IgA es la glomerulonefritis (GMN) primaria más frecuente asociada o no a insuficiencia renal. Puede no haber síntomas durante muchos años. Son más frecuentes en la segunda y tercera décadas de la vida. La presentación más frecuente es la alteración urinaria asintomática: microhematuria y proteinuria en rango no nefrótico, otras formas incluyen hematuria recurrente, síndrome nefrótico o insuficiencia renal aguda acompañando a infecciones víricas o bacterianas de vías respiratorias altas o del tracto digestivo, hipertensión arterial y niveles séricos de IgA elevados (según la literatura presente en al menos el 50% de los pacientes).

Material o pacientes y método:

El paciente que condiciona esta reflexión es un paciente sano que acude a nuestro servicio (SHU) por hematuria macroscópica tras cuadro de 2 días de evolución de mialgias y artralgias con escalofríos, apareciendo datos analíticos de insuficiencia renal aguda asociados a hematuria y proteinuria. Presenta además cifras elevadas de tensión arterial. La sospecha diagnóstica es una GMN. Tras comentar el caso con Nefrología, el paciente ingresa y con sueroterapia recupera cifras de creatinina. Pasada una semana acude nuevamente por cuadro de gastroenteritis aguda presentando nuevamente microhematuria, proteinuria, insuficiencia renal y cifras elevadas de tensión arterial.

Resultados:

La sospecha diagnóstica es de GMN: Nefropatía IgA. Ante la ausencia de un tratamiento efectivo y con una elevada sospecha clínica, los nefrólogos deciden no realizar de momento biopsia renal que confirmaría el diagnóstico por inmunofluorescencia.

Conclusiones:

La posible progresión de la nefropatía IgA (responsable del 10 al 20% de insuficiencia renal terminal en espera de trasplante), su asociación a enfermedades autoinmunes y neoplasias hace necesaria su sospecha para hacer un correcto screening de estos procesos.

P-613

VARIABILIDAD DE LA FUNCIÓN COGNITIVA DEPENDIENDO DEL HOSPITAL AL QUE SE LLEVA UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA

JM Navalpotro Pascual, FA Peinado Vallejo,
JA Valenciano Rodríguez, A Corral Sánchez, J Les González,
J Bravo Rodríguez-Barbero

SUMMA 112. Alcalá de Henares, Madrid

Palabras Clave: resucitación cardiopulmonar, paro cardiaco extrahospitalario, supervivencia

Objetivos:

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es la principal causa de muerte prematura en España y en los países occidentales. Se indica que posiblemente sería conveniente crear centros de referencia donde llevar las PCR extrahospitalarias recuperadas.

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, dentro del proyecto OHSCAR (Out of Hospital Spanish Cardiac Arrest). 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, si estaba presente el equipo de emergencia cuando se produjo y hospital de destino, 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. Al analizar la supervivencia y estado neurológico de los pacientes por nivel del hospital de destino se observa que en hospitales de primer nivel la supervivencia es 42,0 % con un CPC1 en un 36,0 %. En los de nivel 2 es de 34,2 % con CPC1 de 27,8 %, mientras que en los de nivel 3 y en los privados la supervivencia es 0. Al clasificar los hospitales por el número de PCR llevadas no hay diferencias significativas en la supervivencia entre los que reciben más y los que reciben menos.

Conclusiones:

El mejor estado neurológico de los pacientes supervivientes de una parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria es algo mejor cuando se llevan a un hospital de nivel 1. No hay diferencias significativas según el volumen de paradas cardiorrespiratorias reanimadas recibidas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-614

ESTA CRISIS ME AFECTA A LA FUNCIÓN RENAL

MI Salobreña Sánchez (1), AM Cordovilla Moreno (2),
VM Madrid Ferreiro (2), M García Aroca (2), M Pons Claramonte (2),
C Celada Roldán (3), S López Zacarez (4)

(1) Centro de Salud Campohermoso, (2) Hospital Universitario Santa Lucía, (3) Hospital Universitario Santa Lucía, (4) Hospital universitario Santa Lucía. Almería

Palabras Clave: epilepsy, acidosis renal, convulsiones

Objetivos:

Paciente de 25 años con Antecedentes de Epilepsia parcial secundariamente generalizada y migraña con aura en seguimiento por Neurología. Acude a Urgencias porque en la madrugada tras levantarse al baño la familia se lo encuentran tirado en el suelo con pérdida de conocimiento, emisión de sangre y espuma por la boca junto con rigidez de las 4 extremidades. Tras recuperarse y dejarlo en la cama, presenta nuevo episodio con rigidez de las 4 extremidades y cianosis labial. En días previos episodio aislado con 38° de fiebre con odinofagia, sin alteración en las deposiciones, no vómitos, no dolor torácico. Durante su estancia en urgencias mientras se mantiene en observación, el paciente presenta oligoanuria.

Material o pacientes y método:

TAC cerebral: sin patología aguda intracraneal. Analítica: Creatinina 0.96 durante su estancia en urgencias aumenta a 2.69 y posteriormente 4.36, urea 30-59, Sodio 142, potasio 4.7, hb 12.1, Hto 34.3%, leucocitos 13140. CK 180 con aumento de las cifras a 537 llegando pico a >3000. Gasometría Venosa: Ph 7.2, HCO3 14, Lac 9.6. Radiografía Tórax: normal. Ecografía renal: Riñones de tamaño y ecoestructura normal, con buena diferenciación parénquima-seno. No dilatación de vía excretora.

Resultados:

Crisis generalizada. Fracaso renal agudo secundario a rabdomiolisis.

Conclusiones:

Las crisis epilépticas suponen entre el 0.3% y el 2% de las consultas médicas en urgencias hospitalarias. Al rededor del 25% de los pacientes debutarán como primera crisis los cuales precisarán de un estudio detallado a corto plazo, pero el resto de los paciente ya serán diagnosticados previamente por lo que su actitud en urgencias suele ser más bien expectante, recomendable una observación de 12-24 horas mientras se investiga posibles desencadenantes. En nuestro caso podemos observar como el paciente presenta Rabdomiolisis, siendo poco frecuente como complicación, pero una posibilidad, y como consecuencia de ello posible desencadenante de Insuficiencia renal aguda (IRA). Es por ello que en los pacientes con crisis que mantenemos en urgencias en observación, deberíamos de considerar la posibilidad (al igual que ocurre en otras patologías) de realizar seriación enzimática de la CK, para detectar precozmente rabdomiolisis e instaurar medidas profilácticas para prevenir el desarrollo de IRA.

P-616

SÍNTOMAS DE IC EN PACIENTE CON ALTERACIÓN ENZIMÁTICA Y ELECTROCARDIOGRÁFICA DE ISQUEMIA MIOCÁRDICA

M Luna Valero, M García Téllez, M Rodríguez Ordóñez,
M Morales del Águila

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Palabras Clave: insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo, cardiomiopatía de Tako-Tsubo

Objetivos:

Paciente con síntomas de congestión venosa y disnea de mínimos esfuerzos, acude a urgencias derivada de Atención Primaria por sospecha de IC de novo.

Material o pacientes y método:

Mujer de 82 años, hipertensa en tratamiento, que acude a urgencias derivada por su Médico de Familia por cuadro de cuatro días de evolución, de disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos, edemas en miembros inferiores y mal estado general. Afebril. No dolor torácico no ortopnea, palpitaciones o síncope. No otra sintomatología. A la exploración se encuentra bien hidratada y perfundida, eupneica en reposo con saturación de oxígeno basal de 98% y discreta palidez muco-cutánea. Tonos puros y rítmicos sin soplos audibles. Murmullo vesicular conservados con crepitantes húmedos bibasales. Edemas en miembros inferiores hasta medias piernas con fovea positiva. Pulsos distales palpables y simétricos. Analítica de sangre donde destaca creatinina 1.7, NT-proBNP 25334, CK-MB 13.4 y Troponina I 3.1. Radiografía de tórax con pinzamiento de seno costofrénico izquierdo correspondiente a leve derrame pleural sin otros hallazgos patológicos. Electrocardiográficamente se parecía elevación del segmento ST en cara anterior e inferior con desarrollo de isquemia subepicárdica anterior. Se realiza de urgencias ecocardiograma y cateterismo donde se aprecia hipoquinesia apical y arterias coronarias libres de estenosis, respectivamente.

Resultados:

Síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST. Arterias coronarias sin lesiones angiográficamente significativas. Hipoquinesia apical con disfunción ventricular ligera. Síndrome de Tako-Tsubo.

Conclusiones:

Los pacientes que atendemos en urgencias, acuden en muchas ocasiones con síntomas anodinos que nos orientan a casos más prevalentes, pero el conjunto de síntomas y pruebas complementarias nos deben poner en aviso de pensar en otros posibles diagnósticos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-619

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UN CÓDIGO INFARTO EXTRAHOSPITALARIO EN EL ÁREA SANITARIA DE OSUNA

T Navarro Morales, A Rodríguez Trujillo, N Rodríguez Tejada

Área Sanitaria de Osuna. Sevilla

Palabras Clave: insuficiencia, urgencias, cardiología

Objetivos:

El infarto de miocardio aparece por un riego sanguíneo insuficiente debido a la obstrucción de una arteria. El tiempo es vital y el pronóstico depende fundamentalmente de la urgencia con la que se atiende al paciente. Con la implantación del código infarto se ha conseguido reducir el intervalo entre la detección del infarto y la angioplastia, lo cual es bastante satisfactorio.

Material o pacientes y método:

Se ha realizado un protocolo para los profesionales donde se refleja la actuación que se debe de llevar a cabo ante la presencia de un paciente con infarto agudo de miocardio y en los casos en los que se tendrá que activar el código infarto en el Área Sanitaria de Osuna.

Resultados:

Durante el año 2015 se activaron 72 códigos infarto en el Área Sanitaria de Osuna. Los resultados obtenidos fueron una mejora significativa en el pronóstico de estos pacientes.

Conclusiones:

Una rápida actuación y activación del código infarto mejorará significativamente el pronóstico de la enfermedad y la calidad asistencial del equipo multidisciplinar.

P-623

¿QUÉ DEBE CONOCER EL MÉDICO DE URGENCIAS SOBRE LOS NUEVOS MARCAPASOS SIN CABLES?

A Gil Sánchez, V León Argüero, M Debán Fernández, D Moro Quesada

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Palabras Clave: pacemaker, wireless technology, electrophysiologic techniques, intracardiac

Objetivos:

En España se implantan unos 600 marcapasos por millón de habitantes y año, la gran mayoría en pacientes de edad avanzada e importantes comorbilidades, que frecuentan los Servicios de Urgencias. La reciente introducción de los marcapasos sin cables presenta novedades tanto en su forma de implante como en sus características básicas, posibles complicaciones y características radiológicas, que el Médico de Urgencias precisa conocer.

Material o pacientes y método:

Se describen las características básicas de estos dispositivos y qué cambios y retos pueden suponer en la Urgencia Médica

Resultados:

El implante y posibles complicaciones: implante percutáneo por vía venosa femoral, sin bolsa ni dispositivo subcutáneo, pero con riesgo de infección local, sangrado o fístula arteriovenosa. Afectación por radiación electromagnética.

Conclusiones:

La incorporación de los nuevos dispositivos de estimulación sin cables presenta características novedosas que deben ser conocidas por el médico de urgencias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-624

APENDAGITIS EPIPLOICA: UNA CAUSA INUSUAL DE ABDOMEN AGUDO

JJ García Clari, F Benavent Ordiñana, M Ruhr Mueller, P Aguilar Hernández, A Navarro Adam, A Felis Cucarella, S Frasquet Signes

Hospital Fco. de Borja. Gandía, Valencia

Palabras Clave: appendagitis, abdominal pain, epiploic appendage

Objetivos:

La Apendagitis epiploica primaria es un proceso inflamatorio de origen vascular secundario a torsión o trombosis de la vena de drenaje. Se trata de un proceso benigno, autolimitado y poco frecuente, que se puede presentar a cualquier edad, siendo más común en adultos jóvenes. Su cuadro clínico puede simular, según la localización derecha o izquierda, una apendicitis o una diverticulitis, siendo más frecuente en hemiabdomen inferior izquierdo (colon sigmoide), predominando el dolor abdominal súbito, intenso. Su tratamiento es conservador no precisando antibióticos ni tratamiento quirúrgico.

Material o pacientes y método:

Paciente con buen estado general. Buena coloración e hidratación de piel y mucosas. Eupneica en reposo. TA. 130/74 T°. 36. 6 PULSO 88. SAT O2. 98 %. ACP. Tonos rítmicos. Buena ventilación bilateral. ABDOMEN : Blando y depresible, doloroso en hemiabdomen izquierdo, sobre todo en vacío izquierdo, con discreta defensa abdominal. PP renal bilateral negativa.

Resultados:

Análítica: Hemograma: Hto. 36. 8 %, Hb 11. 8 gr/dl, Leucocitos 7900 (67. 5N/ 25L), plaquetas 216000. Bioquímica: Urea 17 mg/dl, Creat O. 58 mg/dl, Na 136mEq/L, K 3. 35mEq/L. Amilasa: 29 U/L. GOT : 12 U/L, GPT: 9 U/L, PCR: 23. 3. Coagulación: I. Quick 100%. Fibrinógeno: 618 mg/dl. Orina: Anormales y Sedimento Normal. Ante la sospecha clínica inicial de Diverticulitis (según la topografía del dolor) se realiza Ecografía Abdominal, no observándose alteraciones estructurales ni líquido libre en abdomen. Tras persistir la sintomatología y defensa en vacío izdo, se solicita TAC abdominopélvico con CIV, observando una imagen oval con densidad grasa, dependiendo de la serosa del colon, rodeada de un anillo denso periférico correspondiente a la apendagitis epiploica.

Conclusiones:

La apendagitis epiploica primaria puede imitar un abdomen agudo quirúrgico. Es una entidad autolimitada benigna, siendo importante conocer sus manifestaciones, para así poder realizar un correcto diagnóstico mediante el TAC y tratamiento médico conservado basado en reposo y antiinflamatorios.

P-638

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON VMNI

A Martín Aires, R Rodríguez Borrego, R Pedrero Alonso, A Gómez Prieto, M Herrero Rosado, P Puparelli Martín, I Corbacho Cambero

Complejo Asistencial Universitario Salamanca

Palabras Clave: noninvasive mechanical ventilation, nursing, diagnoses

Objetivos:

El paciente con VMNI es un paciente complejo y como tal, el cuidado por parte del Servicio de enfermería es vital para el buen acoplamiento paciente-ventilador, evitar asincronías y disconfort del paciente.

Material o pacientes y método:

Las características del paciente con VMNI son: el paciente soporta gran estrés, un aislamiento físico, falta de movilidad, se encuentra en un ambiente impersonal de alta tecnología y se crea una dependencia del equipo sanitario y de una máquina. Los procesos del cuidado de enfermería se basan en: cuidados generales y específicos. Generales: Ajuste-comprobación límites alarmas monitores. Lugar corporal adecuado: m. cardíaca y pulsioximetría. Rotación-limpieza zona/24h. Registro horario en gráfica e incidencias/turno. Específicas: Necesidad de oxigenación: Vigilar el funcionamiento aspiradores, conexiones. Existencia junto al paciente de Ambú, caudalímetro, alargadera O2. Revisar equipo. Comprobar ajustes conexiones circuito, alarmas respirado. Tolerancia paciente al tratamiento. Comprobar SNG. Paciente a 45°, verificar peristaltismo intestinal, prevenir úlceras cutáneas, limpieza boca, Higiene ojos-humedad, fosas nasales. Extremar las medidas de asepsia, Evitar manipular conexiones, Vaciar condensaciones tubuladuras, Cambiar los circuitos/48h, humidificador/24h, Hiperoxigenar. Asegurar permeabilidad del sistema. Fluidificar secreciones-hacer lavados bronquiales. Necesidad de eliminación, nutrientes y agua: Garantizar adecuada hidratación y nutrición, controlar-anotar aportes y pérdidas, balances hídricos diarios, atención a los estados edematosos, mantener íntegra la piel. Necesidad de seguridad y bienestar físico y psíquico. Tiene que haber un equipo sensibilizado que evite: ansiedad, temor, miedo, dolor, soledad, inmovilidad, cansancio, insomnio. Evitar el "síndrome de la UCI": Trastornos sensitivo-motores y estado depresivo. Frecuente en pacientes en VM, Actuaciones de enfermería: Baño diario, limpieza e hidratación de la piel, Movilizaciones al sillón, Cambios posturales y f. motor/turno, Promover comunicación verbal, Estimulación, Valoración nivel de ansiedad, dolor. Adecuar pautas sedación-analgésia, Hablar al paciente, Evitar toma decisiones y tecnicismos, Métodos autoayuda (integrar familia).

Resultados:

El cuidado integral del paciente favorece el estado del paciente. Humanización > bienestar psíquico. Normas higiénicas y asepsia < riesgo infección nosocomial.

Conclusiones:

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.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-649

PARTICIPACIÓN DEL URGENCIÓLOGO EN UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE ATENCIÓN A LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

C Jiménez Hidalgo (1), J Gallardo Bautista (1),
JL Gálvez San Román (1), JL Bueno Mariscal (1),
E Oncala Sibajas (1), C Navarro Bustos (1), R García Font (2)

(1) Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla,
(2) Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva

Palabras Clave: amiotrophic lateral sclerosis, multidisciplinary team, emergency department

Objetivos:

LA ELA es una enfermedad del Sistema nervioso central caracterizada por una degeneración progresiva de las neuronas motoras en la corteza cerebral (motoras superiores), tronco del encéfalo y médula espinal (motoras inferiores), que origina debilidad muscular, llegando a la parálisis de diversas regiones corporales. Por este motivo estos pacientes presentan gran comorbilidad además de uso frecuente del sistema sanitario y alta complejidad asistencial. En 2009 se crea en nuestro hospital el grupo de trabajo multidisciplinar para atención a pacientes con ELA, formado por 13 distintos profesionales implicados en la atención integral de estos enfermos.

Material o pacientes y método:

La incidencia universal de ELA es de 1-2 casos por 100. 000 habitantes/año, en España es de 1 caso con una prevalencia de 3. 5 casos, por ello se encuentra incluida en el registro de enfermedades raras. En el año 2015 contamos con un registro de 39 personas censadas con diagnóstico de la enfermedad, de las cuales, 14 de ellos son mujeres. El grupo de trabajo realiza una reunión aproximadamente cada 1,5 meses gestionando de forma integral la atención de estos pacientes.

Resultados:

Sólo en 9 ocasiones se realizó ingreso hospitalario, de los que 7 fueron realizados por urgencias. Sólo 4 pacientes consultaron en más de una ocasión.

Conclusiones:

La coordinación de este grupo resuelve la atención de éstos pacientes de una forma eficaz, proporcionando mayor calidad de vida y disminuyendo las visitas a urgencias (evidenciándose las escasas visitas a pesar de la alta morbilidad en nuestro caso), además de agilizar la atención a éstas cuando existen y los ingresos hospitalarios evitando pasos innecesarios.

P-654

LA ENFERMERÍA ANTE LA PREPARACIÓN, INFUSIÓN, CONTRAINDICACIONES, REACCIONES ADVERSAS Y VIGILANCIA DEL VERNAKALANT

S Cabrera Gómez, S Martínez Martínez, AM Castaño Palacios,
JL Franco Caurel, MN García Martínez

Hospital El Bierzo. Ponferrada, León

Palabras Clave: arritmias cardiacas, vernakalant, enfermería

Objetivos:

En el servicio de urgencias del hospital El Bierzo desde marzo de este año se empezó a usar como tratamiento médico antiarrítmico de la fibrilación auricular aguda el Vernakalant (Brinavess®).

Material o pacientes y método:

Mediante la revisión bibliográfica y ficha técnica.

Resultados:

PREPARACIÓN E INFUSIÓN: Vernakalant se presenta concentrado en viales de 500 mg/25 ml, se administra mediante bomba de perfusión en función del peso corporal del paciente, con una dosis máxima calculada para 113 kg, la inicial será de 3 mg/kg durante 10 minutos, que se repetirán si no es efectiva a los 15 minutos del final de la infusión a 2 mg/kg. Como diluyentes pueden usarse solución salina fisiológica al 0,9%, Ringer Lactato o solución Glucosada al 5%. Si el paciente pesa menos de 100 kg, se diluyera un vial de 500mg/25ml de Vernakalan en 100 ml de uno de los diluyentes, dando como resultado una solución de 4mg/ml. Si pesase más de 100kg se diluyeran 30ml en 120ml para alcanzar la misma concentración. **CONTRAINDICACIONES:** 1. Insuficiencia cardiaca de clase NYHA III o IV. 2. Un síndrome coronario agudo en los últimos 30 días. 3. Estenosis aórtica grave. 4. Presión arterial sistólica < 100 mm Hg. 5. Intervalo QT prolongado en la situación basal. 6. Bradicardia grave, disfunción del nodo sinusal o bloqueo auriculoventricular de segundo y tercer grado, en ausencia de marcapasos. 7. Administración de antiarrítmico intravenoso para el control del ritmo (clase I y/o clase III) dentro de las 4 horas anteriores. 8. Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes. **REACCIONES ADVERSAS:** Las reacciones adversas más frecuentes son disgeusia(16%), estornudos(12,9%) y parestesias(6,9%). **VIGILANCIA:** Hay que prestar especial cuidado a la infusión y 15 minutos posteriores ante el riesgo de hipotensión, bradicardia o cambios en el ECG. Y al menos las dos horas siguientes.

Conclusiones:

Una buena actualización de los nuevos fármacos al personal de enfermería revierte en cuidados de mayor calidad al paciente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-670

COMPLICACIÓN MECÁNICA DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO Y PRESENTACIÓN ATÍPICA

AC Llorente Rojo, RM Aparicio Alonso, A Urraca Gamaury, A Nieto Huertos, I González Mendía, R Casado Remesal, A Crespo Martínez

Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Concha Zamora

Palabras Clave: rotura cardiaca, complicación mecánica infarto, rotura libre de pared ventricular

Objetivos:

Las complicaciones mecánicas son unos de los más indeseables contratiempos que pueden aparecer en el infarto agudo de miocardio (IAM) y, a pesar de su baja incidencia, la gravedad que confieren necesita un rápido y acertado diagnóstico y un tratamiento precoz.

Material o pacientes y método:

Paciente de 78 años con antecedentes de HTA que en días previos había presentado dolor epigástrico irradiado a zona interescapular. El día de la atención, la paciente presenta episodio sincopal con TCE por el que se activa servicio 112 que traslada la paciente a nuestro servicio. A su llegada la paciente presenta hipotensión y taquicardia acompañando de somnolencia sin dolor torácico. En EKG se aprecia discreta elevación de ST en precordiales. Dada la clínica de dolor epigástrico irradiada a zona interescapular se establece diagnóstico diferencial con Sd Aórtico agudo y TCE grave por lo que se traslada bajo monitorización al servicio de radiología para descartar Patología Aórtica aguda y TCE grave mediante Body TAC con contraste en el que únicamente se encuentra derrame pericárdico. Se consulta con servicio de Cardiología y UCI poniéndonos en contacto con servicio de Cirugía cardiaca de referencia acordando traslado de la paciente para tratamiento quirúrgico.

Resultados:

La paciente pasa, tras reparación quirúrgica a servicio de UCI y de ahí a la planta de cardiología donde fue dada de alta a su domicilio para seguir controles por el servicio de cardiología de Zamora.

Conclusiones:

A pesar de la presentación atípica del caso, resulta fundamental tener una alta sospecha clínica para descartar otras causas de shock, teniendo siempre en cuenta las complicaciones mecánicas agudas del IAM. Es de vital importancia una atención inicial rápida y enfocada así como plantear una estrategia agresiva de resucitación para restaurar la hemodinámica de la paciente.

P-673

SÍNDROME CORONARIO AGUDO DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

A Fernández Natera, MA Manzano Felipe, V Carrasco Gutiérrez

Distrito Bahía de Cádiz La Janda. San Fernando, Cádiz

Palabras Clave: síndrome coronario agudo, género, emergencia

Objetivos:

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la causa mas frecuente de morbilidad en países desarrollados. En nuestro país es la patología cardiovascular con mayor peso en la morbilidad y coste sanitario, aunque en las ultimas décadas existe una tendencia a la disminución de la mortalidad en los varones, esta no se produce en las mujeres

Material o pacientes y método:

Revisión bibliográfica. Revisión sistemática desde 2014 hasta 2015 en MEDLINE, CUIDEN, BV SSPA empleando diferentes estrategias de búsqueda según la fuente de información. Criterio inclusión: guías de práctica clínica, artículos de revistas, revisiones sistemáticas o metaanálisis. Idioma español o inglés. Criterios de exclusión: todos los estudios anteriores a 2014, así como la literatura gris.

Resultados:

De la producción encontrada se han analizado 3 revisiones sistemáticas, 1 metaanálisis, 1 opinión de experto y 21 cohortes/casos controles y se ha encontrado diferencias importantes entre hombres y mujeres: Desde el punto de vista de la fisiopatología del SCA, las mujeres experimentan una mayor diversidad de síntomas. Atendiendo a las características clínicas y los factores de riesgo cardiovascular, las mujeres presentan un perfil general mas desfavorable que los hombres. En relación a la respuesta asistencial prestada ante el SCA, las mujeres reciben con menor frecuencia las intervenciones recomendadas, con tasas menores de empleo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Las mujeres tienen un peor pronostico tras un SCA que los hombres.

Conclusiones:

Necesitamos realizar un abordaje diferenciado y ahondar en el conocimiento de las inequidades existentes entre hombres y mujeres. Parecen necesarios programas que cambien la actitud en todos los ámbitos asistenciales para mejorar la identificación precoz de la mujer con SCA. Sería necesario futuras líneas de investigación a fin de analizar las variables que intervienen en la forma de presentación del SCA en las mujeres.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-681

VENGO A QUE ME PONGAN UNA INYECCIÓN

R Santos Medina (1), A Capote Galindo (1), R Quesada Moraga (2),
I Bueno Pozo (1), M Ruiz Ávila (1), M Estévez Escobar (1)

(1) Urgencias Nerja, (2) Motril Este. Granada

Palabras Clave: dolor, analgesia, tratamiento

Objetivos:

Si vas a urgencias con un dolor, lo más probable es que te administren un fármaco por vía intramuscular. ¿Es eso ético? ¿hay ciencia en esa actuación, o son manías adquiridas, justificaciones...? ¿eso siempre se ha hecho así? y ¿satisfacer los prejuicios de los pacientes?

Material o pacientes y método:

Hemos realizado un estudio descriptivo mediante una encuesta con 8 ítems a 1.000 personas (pacientes y acompañantes) que acuden a urgencias del centro de Salud de Nerja durante 5 meses (desde septiembre a enero).

Resultados:

Más del 90% de ellos (tanto mujeres como hombres) creen que la vía intramuscular es más rápida y efectiva que la oral para cualquier síntoma (dolor, vómitos, diarrea, mareo, alergias, infecciones?). La mayoría de las mujeres, independientemente de la edad, y los hombres menores de 40 años prefieren la vía intramuscular sobre todo para el tratamiento del dolor. Un gran porcentaje de pacientes acuden a urgencias exclusivamente para un inyectable como analgésico sin haber tomado tratamiento previo. Casi el 100% de los pacientes reconocen sentirse insatisfechos si no se les administra el inyectable que ellos reclaman.

Conclusiones:

¿Somos los sanitarios los responsables de estas creencias? Seguramente sí. La educación sanitaria y la comunicación con los pacientes es fundamental en nuestra profesión, para dar un servicio de calidad e individualizado sin ideas preconcebidas y basado en la evidencia científica. Supone una mejor gestión, un ahorro económico, una disminución de la afluencia de pacientes a urgencias que están masificadas y lo más importante, evitar el descontento de los pacientes.

P-684

LA IMPORTANCIA DE LA UTILIZACIÓN DE EQUIPOS A PIE PARA EVENTOS MULTITUDINARIOS

S Esteban Pastor, A Prieto Sánchez, F Aguilar Fernández

SAMUR-Protección Civil. Madrid

Palabras Clave: DRP, técnicos en emergencias, ECO

Objetivos:

La Unidad de formada por dos o más personas, Técnicos en Emergencias, a pie para la cobertura sanitaria y de Protección Civil en la Ciudad de Madrid en dispositivos de riesgo previsible (DRP), con indicativo de radio ¿ECO? y su misión es la identificación precoz de un riesgo o de una emergencia sanitaria, permite su ubicación en dispositivos con gran afluencia de público a pies, eventos itinerantes y de difícil accesibilidad por las unidades a motor. Un dispositivo de riesgo previsible es el conjunto de medios humanos y materiales organizados para dar cobertura sanitaria y de Protección Civil en acontecimientos donde se concentra un gran número de personas durante un periodo de tiempo concreto y durante un motivo específico.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, con carácter informativo, de la actividad de la unidad ECO de Protección Civil en Dispositivos de Riesgos Previsibles en el periodo 2011 - 2015 Revisión de los informes de planificación y RRHH de SAMUR y Protección Civil. Variables: Diferenciación de los servicios y dispositivos. Inclusión de ésta unidad y exclusión atendiendo a criterios de planificación.

Resultados:

Durante el periodo indicado se producen 41 servicios de un día y durante el mes de diciembre el servicio especial de Navidad que se cubre diariamente. Estos servicios se cubren con 1752 técnicos, con un promedio por servicio de 68 y una mediana de 16 (P25=37.5, P75=10). Sus funciones de acuerdo a la orden de servicio son de prevención y reacción en tareas de protección civil y atenciones sanitarias tempranas.

Conclusiones:

Los equipos ECO hacen un seguimiento *in situ* del evento, informando de la evolución respecto a Protección Civil al centro coordinador, y de los riesgos que vayan desarrollándose. Los ECO realizan atenciones sanitarias básicas tempranas por la cercanía del equipo a los asistentes. Los equipos a pie no son recomendables en aquellos eventos que puedan derivarse situaciones de alteración del orden público (manifestaciones, celebraciones de fútbol), los equipos utilizados en estos eventos deben ser personal cualificado, por ello se exige que al menos dos de ellos, sean TES, pudiendo existir una persona en formación.





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-686

TAQUICARDIA QRS ANCHO EN URGENCIA. RETO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO

AM Armada López, AB Pérez Fernández, JA Vidal Ruiz, G Lavia,
F Rascado Sede, C Sixto Carreira

Centro Hospitalario Universitario El Ferrol. Ferrol, La Coruña

Palabras Clave: taquicardia, urgencias médicas, cardiopatía
isquémica

Objetivos:

Las taquicardias con QRS ancho son unos de los mas difíciles retos en servicios de urgencias medicas ya que determinar su causa y establecer su tratamiento en vital para el paciente. A medida que los estudios cardiológicos han avanzado el abanico diagnóstico para las taquiarritmias es mayor, en los servicios de urgencias la estabilidad hemodinámica del paciente sigue siendo la piedra angular del tratamiento.

Material o pacientes y método:

Totalidad de pacientes admitidos en Urgencias CHUF con diagnóstico de taquicardia QRS ancho como primer episodio. Estudio retrospectivo de casos con análisis cualitativo.

Resultados:

La cardiopatía isquémica crónica es la causa mas frecuente de taquicardias QRS ancho, la correlación clínico-epidemiológica fue del 77,7%, con 100% de cumplimiento de los protocolos.

P-689

ECOGRAFÍA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS Y SU APLICACIONES EN EL PACIENTE CRÍTICO

L Lapuerta Irigoyen, P Guallar Sola, N Galán Iguacel,
E Antolín Barrio, MP Moline Moreno, E del Hoyo Peláez

Servicio de Urgencias. Hospital Santa Bárbara. Gerencia Integrada de Soria. Soria

Palabras Clave: ecografía, paciente crítico, urgencias

Objetivos:

La ultrasonografía en urgencias en el estudio del paciente crítico, tiene la ventaja de poder obtener imágenes en tiempo real a la cabecera del paciente, lo que genera un manejo más seguro, rápido y eficiente.

Material o pacientes y método:

Se utiliza en cuadros clínicos que ponen en peligro la vida, como traumatismo torácico, traumatismo abdominal, taponamiento cardiaco o aneurismas aórticos rotos, patología vascular, técnicas ecoguiadas, etc. Tiene la ventaja de estar rápidamente disponible y poder repetirse con los cambios clínicos del paciente. Su objetivo es responder preguntas relevantes: ¿hay aneurisma de aorta abdominal? ¿Hay líquido libre? ¿Hay derrame pericárdico?, etc.

Resultados:

En urgencias su principal indicación es el examen FAST en pacientes que presentan traumatismo abdominal y/o torácico cerrado. Tiene otras muchas utilidades entre las que citaremos: La ultrasonografía pulmonar, permite con una elevada sensibilidad y especificidad la valoración del paciente con sospecha de neumotórax, neumonía, derrame pleural, incluso signos incipientes de insuficiencia cardiaca, mucho antes de que se manifiesten en las radiografías de tórax. La ultrasonografía cardiaca, útil en el diagnóstico de derrame pericárdico, pero también es muy útil en la valoración de paciente con sospecha de SCA, pacientes con sospecha de TEP e insuficiencia renal con imposibilidad de administrar contrastes IV, y en pacientes con disnea. La ultrasonografía vascular, tiene su indicación en el diagnóstico de TVP, con una rápida exploración en pocos minutos puede descartar o confirmar la existencia de trombosis venosa. En los accesos vasculares permite una visualización dinámica tanto del trayecto vascular como de la aguja, ya que puede garantizar la adecuada punción vascular y evitar complicaciones.

Conclusiones:

La American College of Emergency Physicians establece la necesidad de ultrasonografía en urgencias siete días a la semana, veinticuatro horas al día, y considera debe ser realizada por médicos de urgencias. Con el uso apropiado de la ultrasonografía por los médicos de urgencias se pueden disminuir errores médicos y lograr diagnósticos más eficientes, en tiempo real, de manera rápida y económica, y en caso de requerirse, se puede repetir el examen en situaciones determinadas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-692

ESTUDIO DEL PERFIL DE PACIENTES INGRESADOS POR INTOXICACIÓN POR LITIO EN UN HOSPITAL COMARCAL

M Gil López (1), E Prado Mel (2), F Moreno Calatrava (1),
AB Rojas Ramírez (1)

(1) Hospital Nuestra Señora de la Merced, (2) Hospital La Inmaculada. Osuna, Sevilla

Palabras Clave: lithium, bipolar disorder, drug toxicity

Objetivos:

El litio es un fármaco muy utilizado en el trastorno bipolar con la peculiaridad de presentar un estrecho margen terapéutico, que hace necesario su monitorización para evitar su toxicidad que puede ser letal. Es de gran importancia en los pacientes tratados con litio prestar atención a medidas dietéticas, situaciones de pérdidas de sodio por diarrea, e interacciones con otros fármacos.

Material o pacientes y método:

Se realiza un estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes ingresados por intoxicación por litio durante los años 2014 y 2015. Se recogen los datos por la historia digital Diraya®. Como variables se definen: Edad. Sexo. Causa de intoxicación. Sintomatología: Gastrointestinal/Neurológica. Fármacos concomitantes: Diuréticos tiazídicos/AINES/Anticonvulsivos/IECAs. Insuficiencia renal al ingreso. Grado intoxicación: Leve/moderada (Litemia 1,5-2,5 mEq/L)/Grave (Litemia 2,5-3,5 mEq/L)/Potencialmente letal (Litemia >3,5 mEq/L). Ingreso Uci: Sí/No. Necesidad de HDFV (Hemodiafiltración venovenosa continua): Sí/No. Se realizó un análisis de los casos a través de Microsoft® Excel 2010.

Resultados:

Se reclutaron un total de 6 ingresos en los dos años, siendo todos los pacientes del sexo femenino. La mediana de edad fue 55,5 años (máximo 77 y mínimo 35). Cada una de las causas de la intoxicación por litio fue diferente: Intento de autolisis. Aumento de dosis de litio por descompensación patología psiquiátrica. Interacción del litio con metronidazol por infección odontológica. Inicio de terapia por diagnóstico de trastorno bipolar. Diarrea por metformina. Gastroenteritis aguda. En cuanto a la sintomatología: Un caso fue asintomático, Dos presentaron clínica gastrointestinal (vómitos o diarrea) y Tres presentaron además sintomatología neurológica (Intestabilidad en la marcha, confusión, disartria). Analizando interacciones de carbonato de litio con otros fármacos: Diuréticos (Tiazidas), AINE (Ibuprofeno), IECA (Enalapril, Ramipril), Anticonvulsivos (Carbamacepina) vemos que 4 de los 6 casos tomaban al menos otros dos fármacos pertenecientes a estos grupos. Tres pacientes presentaron insuficiencia renal en el ingreso. En cuanto al grado de intoxicación: 2 pacientes presentaron intoxicación leve/moderada, 1 paciente intoxicación grave, 2 pacientes intoxicaciones potencialmente letales con ingreso en UCI y necesidad de hemodiafiltración.

Conclusiones:

Las intoxicaciones por litio conllevan una morbilidad clínica importante. Se recomienda una vigilancia estrecha en pacientes polimedicados o con tratamientos concomitantes que puedan interactuar con el litio. Las interacciones farmacológicas más peligrosas se producen con los diuréticos tiazídicos, AINE e IECAs. En la intoxicación severa por litio el tratamiento establecido es la hemodiálisis, permitiendo su eliminación de forma rápida.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-699

DIAGNÓSTICO DE UNA LESIÓN CONGÉNITA ASINTOMÁTICA GRACIAS A UN EPISODIO DE CEFALEA AGUDA

Y López Albarrán, R Rodríguez Calveiro, G Peña y Lillo Echeverría, LJ Arce Segura, E Díaz Vera, P Tranche Álvarez-Cagigas, M Sánchez Vicente

Hospital Infanta Leonor. Madrid

Palabras Clave: cefalea, displasia fibrosa, anomalía maxilofacial

Objetivos:

La cefalea supone el 1-3% de los motivos de consulta en Urgencias. La anamnesis, exploración neurológica, y pruebas complementarias indicadas, son esenciales para un diagnóstico correcto, y un tratamiento específico de la patología.

Material o pacientes y método:

Varón de 33 años. Antecedentes personales de tabaquismo y ansiedad. Acude a Urgencias por cefalea de localización retroocular y frontal derecho de 3 días de evolución, con picos de dolor, que relaciona con estrés e insomnio por sobrecarga laboral. No cuadro catarral los días previos. No cede con analgesia a demanda. Empeoramiento progresivo, le despierta el dolor la última noche. EXPLORACIÓN FÍSICA: Constantes normales. Muy afectado por el dolor. Edema palpebral derecho, con lagrimeo del ojo derecho. Dolor a la palpación de seno frontal derecho. Exploración neurológica normal. DX DIFERENCIAL: Sinusitis, Síndrome de Horton, Estatus migrañoso, Cefalea tensional, Tumor cerebral, Malformación ósea con ocupación de senos craneales, Aneurisma intracraneal, Hemorragia cerebral. Se administra analgesia y oxigenoterapia, sin mejoría clínica.

Resultados:

ANALÍTICA: leucocitos 15.820 con 12.700 neutrófilos. PCR 19.2. TAC craneal: Lesión de 4,6x1,3 cm con calcificaciones periféricas, en celdillas etmoidales derechas que se extiende hacia seno frontal, compatible con displasia fibrosa como primera posibilidad. Ocupación de senos frontales derechos y parcial de senos frontales izquierdos. JC: Sinusitis aguda en el contexto de lesión ósea ocupante de senos, compatible con displasia fibrosa no diagnosticada.

Conclusiones:

La displasia fibrosa es una enfermedad crónica del esqueleto en la que el tejido fibroso invade el hueso sano, con adelgazamiento de la corteza y deformidad y discapacidad gradual creciente. Se produce por una mutación genética. Afecta al cráneo en un 20% de los casos, y cursa de manera asintomática. En este caso, una incipiente sinusitis aguda que cursó sin sintomatología catarral, permitió el diagnóstico de esta enfermedad, que podría haber debutado con una fractura patológica, o cualquier otra de las múltiples complicaciones locales que produce, dada la fragilidad y deformidad ósea. El paciente recibió tratamiento analgésico y antibiótico, y se derivó a consultas de ORL para tratamiento quirúrgico.

P-723

CERVICODORSALGIA VS CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

S Laínez Martínez, C Ortega Larrode, CM López Hervás, C Ardiaca Sánchez-Villacañas, J Tenias Guallar, A Andrés Gonzalez, MP López Galindo

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Palabras Clave: chest pain, acute coronary syndrome, back pain

Objetivos:

El dolor es el principal motivo de consulta en la práctica médica. En los Servicios de Urgencias la orientación etiológica del mismo supone un gran reto diagnóstico cuando la sintomatología o las pruebas son poco concluyentes.

Material o pacientes y método:

Paciente de 54 años, sin hábitos tóxicos, con antecedentes personales de hipertensión arterial y artrodesis D11-L1. Acude a urgencias por cervicodorsalgia de un mes de evolución, irradiada a región anterior torácica y ambas extremidades superiores, relacionada con los movimientos, que no cede completamente con el reposo, ni con tratamiento analgésico. En la exploración presenta: hipertensión arterial(200/110), taquicardia (105 lpm), palidez cutánea y apofisalgia cervico-dorsal con contractura muscular bilateral. En la analítica sanguínea solicitada destaca: Troponina I 0.09 ng/ml (rango 0-0,04) y leucocitosis de 21.300/mm³ (N 93.4%). La radiografía de tórax y electrocardiograma no objetivan alteraciones. Los diagnósticos diferenciales en este caso,(síndrome aórtico agudo, tromboembolismo pulmonar masivo), conllevan la realización de un angioTC, que los descartó. Se realizó asimismo una ecocardiografía que no evidenció asimetrías segmentarias. Ante la ausencia de hallazgos concluyentes se mantuvo una actitud expectante en el Servicio de Observación de Urgencias, repitiendo la analítica con seriación de enzimas cardíacas y electrocardiogramas.

Resultados:

La analítica posterior evidenció una elevación de los marcadores cardíacos y en sucesivos electrocardiogramas, aparecieron cambios electrocardiográficos con descenso del ST <1 mm V3-V4 y rectificación del ST V6, I y aVL. Mediante una coronariografía de urgencia se objetivó una lesión severa a nivel de descendente anterior proximal y de primer ramo diagonal en bifurcación, precisando una angioplastia transluminal percutánea e implantación de dos stents fármaco activos, con posterior ingreso en cardiología.

Conclusiones:

El síndrome coronario agudo es una de las patologías más prevalentes en cualquier servicio de urgencias, su diagnóstico puede ser complicado si la sintomatología es difusa, o como en este caso, convergen síntomas presentes en otras múltiples entidades. El planteamiento de los posibles diagnósticos diferenciales, con una correcta evaluación global del paciente, nos permite evitar errores que conlleven un fatal desenlace.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

P-752

COLELITIASIS EN LA INFANCIA

Oy G N (1), H Muñoz Rubio (2), M Iravedra García (3)

(1) Hospital Punta Europa. Algeciras, Cádiz, (2) Centro de Salud Saladillo Algeciras, (3) Hospital La Línea de La Concepción. Cádiz

Palabras Clave: lithiasis-anemia, hemolityc, congenital-anemia, dyserythropoietic, congenital

Objetivos:

La anemia diseritropoyética congénita (ADC) caracterizada por trastorno de eritropoyesis tardía, con subtipos: I, II, III, IV y V (donde ADC II es la más frecuente) de herencia autonómica recesiva y mutación del gen SEC23B presenta prevalencia incierta por su elevado infradiagnóstico. Es una anemia normocítica, en sus formas severa produce ictericia variable, hepatoesplenomegalia y su complicación fundamental es la sobrecarga de hierro hígado y cálculos biliares. El diagnóstico a través de resultados de laboratorio en sangre periférica y estudio de médula ósea.

Material o pacientes y método:

Descripción de un caso clínico

Resultados:

Paciente femenina 13 años, sin antecedentes, dolor abdominal hipocondrio derecho, náuseas, vómitos, astenia intensa, mareos, taquicardia. Examen físico: palidez cutánea, abdomen doloroso hipocondrio derecho, Murphy negativo. Analítica: Anemia normocítica Hb 6.5g/dl, leucocitos 6.500 (4.120 PMN) 247.00 plaquetas, frotis con marcada anisopoiquilocitosis (dacriocitos fundamentalmente) datos de sobrecarga: (Fe 268, TFR: 229, IST: 92%, Ferritina 91) Haptoglobina: 0.4, TCD (-) Bilirrubina total: 4.8 (BI: 0.7), LDH: 150 datos compatibles con Anemia Hemolítica No Autoinmune Frotis: Anemia Diseritropoyética Congénita (ADC) Tipo II Radiografía abdominal: imagen litiasis hipocondrio derecho. Ecografía abdominal: vesícula distendida, imagen litiasis, no colecciones, líquido perivesicular, ni dilatación de vías biliares, esplenomegalia (15cm) confirman Cólico Biliar No Complicado. Tratamiento: dieta absoluta, aines, transfusión de 1º concentrado de hematíes (postransfusional Hb 8g/dl, ácido fólico y vitamina B12 vía oral, derivada a CCEE de Hematología para seguimiento.

Conclusiones:

La elección del tratamiento depende de la necesidad de transfusiones, afectación de la calidad de vida, edad, presencia de litiasis en ausencia de estos últimos la actitud es expectante. El tratamiento quirúrgico: esplenectomía teniendo en cuenta el alto riesgo de infecciones en estos pacientes (inmunidad tipo). En complicaciones biliares el tratamiento: ácido ursodexocólico (UDCA) en barro biliar o litiasis pequeñas (<5mm) con vesícula funcionante y litotricia o colecistectomía vía laparoscópica (vesícula no funcionante o "en porcelana") con riesgo de malignización en etapas posteriores de la vida o colecistitis grave. Protocolos recientes recomiendan la colecistectomía conjunta con esplenectomía, ya que hasta un 63 % de los casos coexisten y acabarán precisándola.

P-763

MOTIVO DE CONSULTA: DIFERENCIA TENSIONAL ENTRE AMBOS BRAZOS EN PACIENTE ASINTOMÁTICA. LA CONSULTA BÁSICA HOSPITALARIA TAMBIÉN PUEDE SER INTERESANTE

I Añenza Garrido, P Sánchez López, M García Zurita, A Gallego Peris, R Díaz Contreras, E Pascual Pastor, S González Caminero

Hospital de Manises. Manises, Valencia

Palabras Clave: hypotension, intermittent claudication, subclavian artery stenosis

Objetivos:

Presentamos el caso de una mujer de 43 años que consulta en urgencias hospitalarias ante hallazgo de significativa diferencia tensional entre ambos brazos.

Material o pacientes y método:

Como único antecedente personal relevante refiere que es fumadora e indagando en otros procesos relata historia de años de evolución de algias a nivel de miembros superior e inferior izquierdos en relación con la abducción del brazo y la deambulación, en forma de claudicación intermitente, así como con el ejercicio físico estático. Estudiada por Reumatología y Neurología sin hallazgos relevantes ni diagnóstico definitivo. Se objetiva en urgencias diferencia tensional de 50 mmHg entre ambos brazos con marcada hipotensión arterial en toma correspondiente a miembro superior izquierdo, encontrándose asintomática, con pulsos débiles palpables en brazo izquierdo y reproducción de las algias con la abducción a 90°. Se remite a la paciente a consultas externas de Cirugía Vascular ante sospecha de patología de origen vascular.

Resultados:

Se realiza estudio con ecodoppler arterial de miembros superiores, angioresonancia con contraste y angioTC de troncos supraaórticos que confirma la existencia de una estenosis significativa en la arteria subclavia izquierda proximal secundaria a placa ateromatosa. Se decidió, en comité del servicio, tratamiento conservador, con control de factores de riesgo vascular, por alto riesgo embolígeno con cirugía.

Conclusiones:

La consulta básica hospitalaria es a menudo punto de demanda de atención médica de pacientes con síntomas subagudos y crónicos sin claro diagnóstico definitivo. Desde los servicios de urgencias, con tan sólo una correcta anamnesis y una exploración física minuciosa, podemos colaborar para establecer una orientación diagnóstica acertada. Ésta permitirá, mediante estudio ambulatorio posterior, establecer un diagnóstico y tratamiento definitivos, participando en la solución de múltiples problemas de salud, tanto en su vertiente orgánica como psicológica, por resolución de la incertidumbre del diagnóstico y establecimiento de un pronóstico para la patología del enfermo.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

A-789

OPTIMIZACIÓN DE LA DETECCIÓN Y EL MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN URGENCIAS

I Agra Montava, H Hernández Ontiveros, M Mateo Roca, O Trejo Gutiérrez, A del Saz Soriano, A Alquezar Arbè, M Turbau Valls

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Palabras Clave: diabetes, hiperglicemia, tratamiento

Objetivos:

La prevalencia de diabetes en nuestro país es elevada, el 13,8% de la población la padece (un 6% no están diagnosticados). Este grupo conforma un 30-40% de las visitas atendidas en los Servicios de Urgencias y aproximadamente un 25% de los pacientes hospitalizados.

Material o pacientes y método:

Revisión bibliográfica extensa en diferentes publicaciones y elaboración de un protocolo en nuestro servicio de urgencias.

Resultados:

La bibliografía consultada hace hincapié en el mal control glucémico en los SU, la falta de protocolos de detección y manejo y la utilización de pautas correctoras móviles, factores que contribuyen al mal control y repercuten en un aumento de la estancia media y la mortalidad. La mayoría de los protocolos establecidos en los SU suelen referirse a la implantación de pautas bolo-basal (similares a protocolos de pacientes hospitalizados). Estas pautas pueden ser útiles en pacientes que permanecen durante varias horas en Urgencias, pero es difícilmente aplicable cuando permanecen pocas horas en el SU.

Conclusiones:

Nuestro protocolo tiene en cuenta dos factores: 1) Horas previstas de estancia en Urgencias y 2) Tipo de DM y tratamiento previo (no diabéticos con glicemias 180 mg/dL , DM2 en tratamiento con dieta, DM2 con antidiabéticos o insulina basal, DM1-2 con 2 dosis de insulina NPH/NPL/mezclas prefijadas al día. Se realiza un tratamiento más específico, se detectan más pacientes de debut, se obtiene un buen control glucémico en aquellos que tendrán una estancia en urgencias más larga, y repercute en la menor medida posible en aquellos pacientes bien tratados que son dados de alta en pocas horas desde Urgencias. El protocolo se implantará en marzo de 2016.

A-793

ABDOMEN AGUDO: EMBARAZO ECTÓPICO Y SHOCK HEMORRÁGICO

MB Arellano Cobos

Hospital Vega Baja. Orihuela, Alicante

Palabras Clave: abdomen agudo, embarazo ectópico, choque hemorrágico

Objetivos:

El dolor abdominal es uno de los motivos más frecuentes de consulta en Urgencias. Sin embargo, es necesario realizar un diagnóstico diferencial amplio con objeto de filiar la causa del dolor abdominal, descartando la existencia de una gestación en mujeres en edad fértil.

Material o pacientes y método:

Mujer de 29 años que acude a Urgencias por dolor abdominal difuso de predominio en flanco derecho de 5 horas de evolución con tres vómitos asociados sin características patológicas. EXPLORACIÓN FÍSICA. Tensión arterial: $98/58$ milímetros de mercurio. Temperatura: 36.1 grados Celsius. Frecuencia Cardíaca: 87 latidos/minuto. AUSCULTACIÓN CARDIACA: tonos rítmicos, sin soplos ni ruidos. AUSCULTACIÓN PULMONAR: murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos sobreañadidos. ABDOMEN: muy doloroso y no depresible (vientre en tabla) Ruidos hidroaéreos abolidos. Doloroso difusamente a la palpación, siendo el dolor extremadamente intenso en la fosa ilíaca derecha. Signo de Blumberg positivo. Signo de Murphy negativo. Sin estigmas de circulación colateral. La paciente se encuentra con un notorio deterioro clínico, por lo que se realiza ecografía abdominal urgente y TAC abdominal urgente. Ante la sospecha de shock hemorrágico, se monitoriza a la paciente, se realiza transfusión sanguínea de concentrados de hemáties con extrema urgencia, expansión de volumen controlada con soluciones cristaloideas y administración de fármacos vasoactivos.

Resultados:

BIOQUÍMICA. Glucosa 146 miligramos/decilitro (mg/dL) Potasio 3.3 miliequivalentes/Litro (mEq/L) Resto sin hallazgos patológicos. HEMOGRAMA. Hemáties 1.16×10^9 (elevado) 9. Hemoglobina 3.7 gramos/decilitro (g/dL) Hematocrito 12% . Plaquetas 92×10^9 . Hemostasia. Índice de Quick 34.6% . Tiempo Tromboplastina parcial activada ratio 1.50 . Fibrinógeno 142 mg/dL . Gonadotropina coriónica 1721 Unidades/Litro. Ecografía. Pelvis ocupada por una gran colección heterogénea e hiperecogénica muy sugestiva de gran hematoma pélvico, con líquido ascítico abundante perihepático y periesplénico. TAC ABDOMEN-PELVIS. Hemorragia activa arterial de probable origen pélvico, dependiente del ovario izquierdo con visualización del vaso sangrante, gran hematoma pélvico y ascitis perihepática y periesplénica asociada (por posición de Trendelenburg). Anatomía patológica. Trompa de Falopio izquierda de 5 centímetros con dilatación de la luz de contenido hemorrágico. Juicio clínico: Abdomen agudo por embarazo ectópico complicado con shock hemorrágico.

Conclusiones:

Con una rápida evaluación en Urgencias, se resolvió la patología de la paciente, extrayendo de 2 litros de sangre intraabdominal.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

A-801

SÓLO ME ENCUENTRO CANSADO ÚLTIMAMENTE

N Rodríguez García, M Córcoles Vergara, MC Quesada Martínez, MJ Martínez, JA Sánchez Nicolás, MP Suárez Beke

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

Palabras Clave: early detection of cancer, constitucional, icterus

Objetivos:

Varón de 60 años natural de España con antecedentes personales de HTA y exfumador desde hace 15 años que consulta por síndrome constitucional con astenia y pérdida de 5 kg desde hace 3 meses con leve alteración del hábito intestinal, con tres deposiciones diarias sin objetivarse productos patológicos. Comenzó con sensación de plenitud postprandial, dolor abdominal epigástrico irradiado región dorsolumbar y anorexia, asociándose la astenia que no le permitía realizar sus actividades deportivas habituales desde hace aproximadamente dos semanas. Durante algunos días previos ha presentado coluria.

Material o pacientes y método:

ECG y analítica de sangre sin alteraciones. Rx Tórax: normal Ecografía abdominal: hígado con LOES nodulares ocupando preferentemente lóbulo izquierdo, compatibles con metx como primera opción diagnóstica. Páncreas aumentado de volumen de forma difusa y con pancropatía difusa sin poder descartar proceso ocupante del espacio asociado. No esplenomegalia, ni masas retroperitoneales. Resto sin hallazgos.

Resultados:

Se ingresa en Medicina Interna. Se realiza analítica colostasis intrahepática severa con citolisis menos importante y CEA 411. En colonoscopia: pólipo pediculado de grueso pedículo TAC abdominal: Hallazgos compatibles con neoplasia pancreática e hígado metastásico (confirmado en biopsia hepática). Escasas adenopatías retroperitoneales, la mayor de 1 cm.

Conclusiones:

Juicio clínico: metástasis hepáticas de adenocarcinoma de probable origen canalicular de páncreas. Diagnóstico diferencial: Pancreatitis crónica, linfoma, carcinoma gástrico e intestinal, úlcera gastroduodenal, coledocistitis, enfermedad parenquimatosa hepática. Comentario final: El adenocarcinoma pancreático es una de las neoplasias más letales con escasa supervivencia. La edad media de diagnóstico es de 60 años, varones. La mayoría de los paciente presentan dolor, que suele ser constante en región hipogástrica y a ambos hipocondrios y transixante hacia la región dorsolumbar. Otro hallazgo frecuente es la ictericia en tumores de cabeza de páncreas y como consecuencia de la invasión metastásica del hígado.

A-802

ANÁLISIS DE ACCIDENTES DEPORTIVOS ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS EN 2015

LV Colón Liriano, JJ Eito Cuello, J González Tejada, JA Magallón Puy, J Elie Marcelín, P Canellas Sánchez, E Vallés Torres

Hospital Barbastro. Huesca

Palabras Clave: accidente, deporte, urgencias

Objetivos:

En el servicio de urgencias de nuestro hospital, por su situación geográfica, durante el periodo estival aumenta la población, aumentando las urgencias por práctica deportiva (profesional, aficionado u ocio). En nuestra zona de referencia Sierra Guara, Pirineo, Estaciones de esquí, se practica gran variedad de deportes de riesgo y montaña, siendo la práctica de éstos motor económico en la zona. Actualmente no disponemos de registro del número de pacientes lesionados ni atendidos para poder cuantificar o describir la etiología, coste y secuelas.

Material o pacientes y método:

Realización una hoja de recogida de datos, depositada en Urgencias sala de triaje, en la cual se recogerán los datos necesarios de cada paciente atendido cuyo motivo sea Accidente de Montaña. Una vez recogido los datos se guardara en despacho de adjuntos. Período de realización del 1 de Julio de 2015 a 30 de Septiembre de 2015. Se recogerán los datos y se pasaran a tabla Excel, posteriormente se analizaran los resultados en programa estadístico y se analizarán los resultados

Resultados:

Pendiente de análisis a la fecha de envío de Comunicación.

Conclusiones:

Pendiente a la fecha de envío



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

A-842

PROPUESTA DE UNA GUÍA RÁPIDA EN INTERPRETACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA PARA ENFERMERÍA DE URGENCIAS

A Rodríguez Herrera, J Gírbés Bresó, MJ Esquer Peris, M Romay Casa, M Cuenca Torres, JM de la Cámara de las Heras
Hospital Universitario de La Ribera. Valencia

Palabras Clave: electrocardiografía, enfermería de urgencias, guía

Objetivos:

Las enfermedades del sistema circulatorio se encuentran dentro de las tres primeras causas de muerte en España. Para la detección y diagnóstico de las arritmias, el electrocardiograma es uno de los procedimientos habituales, dado su alto valor diagnóstico, no invasividad y bajo coste. La realización del electrocardiograma es competencia enfermera y puesto que son las primeras en visualizar el ritmo, debe promoverse una correcta formación en la interpretación de los mismos. Esto facilitará la temprana puesta en marcha de un plan de cuidados específico.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional de tipo prospectivo y analítico. Se elaborará una guía que proporcione información esquematizada y visual, categorizando los distintos tipos de arritmias. Se evaluará su utilidad a través del personal de enfermería del servicio. Se pedirá a las 37 enfermeras del equipo su participación voluntaria en el estudio.

Resultados:

Se espera que la guía rápida sea útil y modifique, en caso de error previo, la interpretación electrocardiográfica de la arritmia por parte del profesional de enfermería.

Conclusiones:

El uso de material de apoyo sobre arritmias cardíacas, facilita a los profesionales de enfermería su correcta detección e interpretación, a fin de promover unos cuidados tempranos de calidad y acordes a cada tipo de arritmia.

A-843

CUIDADO CON EL INFARTO QUE CHOCA

C Cuenca Valero, A Quirarte Cairols, C Cruz Diek, E Gómez Martínez
Hospital y Centro de Salud de Requena. Valencia

Palabras Clave: síndrome coronario agudo, shock cardiogénico, bloqueo auriculoventricular

Objetivos:

Mujer 77 años con dolor precordial de 60 minutos de duración, características isquémicas acompañado de episodio sincopal. Presenta ascenso ST en DII, DIII y aVF en ECG. Evolución desfavorable en box de críticos experimentando hipotensión, frecuencia cardíaca inferior a 40lpm, sudoración profusa y disminución del nivel de conciencia precisando IOT+VM, marcapasos transcutáneo y soporte ionotrópico. Remitida a hospital de referencia para ACTP urgente.

Material o pacientes y método:

Antecedentes: NO RAM. Niega tóxicos. HTA, DL, Asma, Insuficiencia mitral, hernia de hiato y migraña con aura Tratamiento: Amlodipino, valsartan, atorvastatina, somazina Evolución: Estancia en Unidad de Coronarias donde fue extubada. Se remite a UCI de nuestro centro hospitalario donde permaneció hemodinámicamente estable sin necesidad de drogas vasoactivas con cifras tensionales óptimas. Carente de dolor torácico con pico de troponinas inicialmente, y descenso progresivo posterior. Tendencia a oliguria pero con buena respuesta a diuréticos Dada la estabilidad clínica y hemodinámica pasa sala de Interna. En sala evoluciona favorablemente. Troponinas en descenso. Se procede al Alta.

Resultados:

ECG: Necrosis cara inferoposterior. Inversión T. Troponina T: 2025 MG/L. Coronariografía: Oclusión CD distal + lesión crítica ostium. Tromboextracción + MCP temporal y stent convencional ostial. Ecocardiografía: Estenosis aórtica leve. Discreta disfunción VD. Ventriculografía: VI hipercontráctil, gradiente Pico-pico 60 mmHg (soporte ino/vasoactivo).

Conclusiones:

El shock es una urgencia médica que requiere reconocimiento precoz y abordaje inmediato. Si es cardiogénico suele ser secundario a fallo miocárdico intrínseco, siendo la causa más frecuente el IAM con fracaso VI. Detección temprana implica reversibilidad y disminución de morbimortalidad. El síndrome coronario agudo suele darse tempranamente en contexto de IAM, no se diagnostica rápido y su compromiso hemodinámico es usualmente subestimado. La revascularización temprana aporta beneficios en cualquier nivel de riesgo y es fundamental en el tratamiento.





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

A-851

TRANSFUSIÓN DE SANGRE *IN SITU* POR UN EQUIPO DE EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

EM González Sánchez (1), V Megía Sánchez (2),
RC Estévez Montes (2), E Madrigal Sánchez (3),
RA Valle García (4), MJ Espadas Maeso (5)

(1) SESCOAM, (2) DUE, (3) Hospital General de Ciudad Real. FEA Hematología. Centro de Transfusiones, (4) Clinical Fellow A&. E Basingstoke and North Hampshire Hospital. UK, (5) UCI. Hospital General Ciudad Real

Palabras Clave: erythrocyte transfusion, prehospital emergency care, shock, hemorrhagic

Objetivos:

La exanguinación debida a hemorragias es una de las principales causas de muerte en pacientes politraumatizados. Las medidas extrahospitalarias usuales para reducir la morbilidad consisten en el control del sangrado y agilización del traslado. Presentamos un caso en el que se ha añadido una medida de soporte vital nueva: La transfusión de concentrados de hemáties en el lugar del accidente.

Material o pacientes y método:

Desde mayo de 2014 el helicóptero sanitario de Ciudad Real cuenta con dos bolsas de concentrado de hemáties O. Exponemos el caso de un paciente politraumatizado al que se le transfundieron estos concentrados, y describimos la evolución posterior de este paciente.

Resultados:

La mejoría del estado hemodinámico del paciente permite un traslado en mejores condiciones y esto conlleva un pronóstico vital más favorable. No se constataron complicaciones de interés. No se registro apenas demora en la evacuación del paciente, pues todo el tratamiento se administró durante el traslado.

Conclusiones:

La administración de concentrado de hemáties en el ámbito extrahospitalario puede suponer una mejoría del estado hemodinámico, que puede ser crucial en situaciones de shock hemorrágico tiempo-dependiente.

A-863

DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS: MÁS ALLÁ DE LOS DIAGNÓSTICOS HABITUALES

MB Arellano Cobos

Hospital Vega Baja. Orihuela

Palabras Clave: dolor abdominal, abdomen agudo, neoplasias colorrectales

Objetivos:

El dolor abdominal es uno de los motivos más frecuentes de consulta en Urgencias. Sin embargo, es necesario realizar un diagnóstico diferencial amplio con objeto de filiar la causa del dolor abdominal.

Material o pacientes y método:

Antecedentes personales: Sin reacciones alérgicas medicamentosas. Sin factores de riesgo cardiovascular. Ingesta enólica: 3 cervezas/día. Fumador activo de 10 años-paquete. Niega patologías relevantes a nivel cardiovascular y renal. Reflujo gastroesofágico. Intervenciones quirúrgicas: amigdalectomía en la infancia. Tratamiento habitual: omeprazol 20 miligramos cada día vía oral. Enfermedad actual: Varón de 57 años de edad que consulta por dolor abdominal de tipo cólico de 3-4 días de evolución. Acudió a Urgencias del Punto de Atención Médica Continuada por el mismo motivo el mismo día, en donde se le prescribió Omeprazol y Cinitaprida, remitiendo al paciente a su domicilio. Exploración física. Auscultación cardiopulmonar: sin hallazgos patológicos. Abdomen: Blando y depresible. Ruidos hidroaéreos presentes. Doloroso a la palpación de la fosa iliaca derecha. Sin masas ni megalias aparentemente. Signo de Blumberg positivo. Signo de Murphy negativo. Sin estigmas de circulación colateral. Resto de la exploración física: sin hallazgos patológicos. Ante los hallazgos sugerentes de Apendicitis aguda, se contacta con Cirujanos de guardia para realizar apendicectomía laparoscópica de Urgencia. Ante la ausencia de signos intraoperatorios de apendicitis, se realiza conversión de laparoscopia a cirugía abierta, observándose neoplasia estenosante de colon transverso proximal con dilatación de colon ascendente y ciego.

Resultados:

Bioquímica. Glucosa 119 mg/dl(miligramos/decilitro) Proteína C reactiva 1. 28 mg/dl. Resto de parámetros normales. Hemograma. Leucocitos 13. 75x10EXP (elevado)9. Resto de parámetros normales. Hemostasia sin alteraciones. Ecografía abdominal: imagen tubular ciega de 11 milímetros de diámetro máximo en fosa iliaca derecha dolorosa a la palpación compatible con apendicitis aguda. TAC abdomen-pelvis. Engrosamiento de colon transverso de 62 milímetros de longitud secundario a cirugía. Alteración de la grasa en el compartimento anterior por cirugía. Sin evidencia de otras lesiones a distancia. Anatomía patológica: Adenocarcinoma de colon moderadamente diferenciado e infiltrativo (pT3 pN1 MO - Estadio IIIB).

Conclusiones:

Gracias a la actuación en Urgencias, se ha logrado detectar una neoplasia poco sintomática en el paciente. Actualmente, el paciente está libre de enfermedad.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 8. URGENCIAS MÉDICAS I (ARRITMIAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

A-872

APLICACIÓN DE RCP PARA DISPOSITIVOS MÓVILES

JV Hernández Jordá (1), J Hernández Párraga (2),
I Seco Vilar (1), A Hernández Párraga (2), J Baldaquí Planelles (3),
PJ Gras García (1), JM Baldaquí Sala (1)

(1) Hospital Universitario San Juan de Alicante, (2) Ingeniero/
Estudiante, (3) Estudiante. Sant Joan d'Alacant, Alicante

Palabras Clave: resucitación cardiopulmonar, paro cardíaco,
apoyo vital cardíaco avanzado

Objetivos:

Aplicación de Resucitación Cardiopulmonar para uso en Smartphones, siguiendo las guías establecidas en Recomendaciones para la Resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC).

Material o pacientes y método:

Herramienta de programación Android Studio (entorno de desarrollo integrado para la plataforma Android). Recomendaciones para la Resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC).

Resultados:

Las pruebas iniciales han ofrecido un resultado satisfactorio, simplificando el acceso y desarrollo de las maniobras de RCP, con señales de imagen y audio aportadas por la aplicación, que facilitan el aprendizaje y manejo de los diferentes algoritmos.

Conclusiones:

Consideramos que las aplicaciones para dispositivos móviles pueden constituir una herramienta útil de apoyo y guía tanto para la población general, como para personal sanitario.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 9

Urgencias médicas II (enfermedad tromboembólica, patología respiratoria, enfermedades infecciosas)

28
Congreso
nacional SEMES



URGENCIAS
evolucionando



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

O-874

VALOR PRONÓSTICO DE PRO-ADRENOMEDULINA EN NEUMONÍA ATENDIDA EN URGENCIAS

A Arévalo Velasco (1), M Palomero Martín (1), A García García (1),
C Rivas Herrero (1), C Crespo Martínez (1), JC Moyano Maza (2)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Salamanca,

(2) Servicio de Bioquímica. Salamanca

Palabras Clave: neumonía, estratificación, biomarcador

Objetivos:

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es un proceso de frecuente diagnóstico en los servicios de urgencia. Se han usado varias escalas para valorar la gravedad y así conseguir diferenciar dos grupos de neumonías: los que precisarán tratamiento hospitalario y los que se beneficiarán del tratamiento ambulatorio. Entre los biomarcadores la pro-adrenomedulina (Pro-ADM) se ha sugerido que podría ser una herramienta útil para la estratificación y pronóstico del riesgo de pacientes atendidos en urgencias por NAC.

Material o pacientes y método:

Incluimos en el estudio 73 pacientes con neumonía. Se recogen datos desde Noviembre de 2013 a Febrero de 2015, el estudio es prospectivo y de carácter descriptivo. Las variables seleccionadas son: edad, sexo, comorbilidad, índices CURB-65 y Fine, Pro ADM (Termo Fisher Scientific) y otros análisis de rutina. Los datos se exponen de forma descriptiva y para la comparación de medias se usan test no paramétricos.

Resultados:

Se revisan 73 pacientes, 35 mujeres (48%) y 38 hombres (52%), edad media: 71 años, siendo mayores de 65 años 50 pacientes (68%). Eran fumadores el 10% y diabéticos el 19%. Los síntomas más frecuentes fueron: fiebre 68%, tos y expectoración 39%, dolor pleurítico 28%. Comorbilidad de Charlson: 1,9 (rango de 0 a 7). Tomaban fármacos el 79%, (4,3 fármacos por paciente). La media de Pro-ADM fue 1,457 +/-1,29 nmol/L (rango 0,42 a 9,65). Ingresaron 46 pacientes (63%) y se trataron ambulatoriamente 27 pacientes (37%). La media de Pro ADM de los pacientes ingresados es 1.56 +/-1, los ambulatorios 1.27 +/-1,2, <65 años 0.91 +/-0.4, > 65 años 1.69 +/-1,7, fallecidos y reingresos 2.04 +/-1.5, CURB-65=0 0.65 +/-0.5.

Conclusiones:

La neumonía origina el ingreso de gran parte de los pacientes afectados. Los pacientes ingresados son los de más edad, con comorbilidad y presentan las escalas pronósticas con mayor puntuación. Los pacientes ingresados y/o más graves tienen mayor concentración en sangre de Pro-ADM. La Pro-ADM nos informa, al igual que las escalas, de la gravedad de los pacientes y ayuda a la ubicación del paciente. Un paciente con neumonía y Pro-ADM en nivel bajo puede ser dado de alta y seguido ambulatoriamente.

O-875

ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC) EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS ESPAÑOLES: DEBEMOS MEJORAR AMPLIAMENTE, POR CALIDAD, SEGURIDAD Y EFICIENCIA

S Jiménez Hernández (1), P Ruiz-Artacho (2), A Antolín Santaliestra (3),
R Rodríguez Alonso (4), MI Castillo Trujillo (5), FJ Calado Moro (6)

(1) Área de Urgencias. Hospital Clínic. Barcelona, (2) Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Madrid, (3) Área de Urgencias. Hospital Clínic. Barcelona, (4) Hospital El Bierzo. Ponferrada, (5) Hospital Regional de Málaga. Málaga, (6) Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: enfermedad tromboembólica venosa, servicio de urgencias, guías de práctica clínica

Objetivos:

Se ha analizado insuficientemente si el manejo de los pacientes con ETV por los urgenciólogos se ajusta a las recomendaciones de las GPC.

Material o pacientes y método:

El registro ESPHERIA es un estudio de cohortes prospectivo multicéntrico que incluyó 53 SU españoles. Inclusión de pacientes atendidos en los SU diagnosticados de TVP o TEP, por muestreo consecutivo. Se definieron 5 indicadores: 1. Realización/registro en el informe médico de urgencias de alguna escala de probabilidad clínica para TVP o TEP (se definió como estándar un cumplimiento del 90-100%). 2. Realización de dímero-D según la probabilidad clínica para TVP o TEP. Porcentaje de pacientes con probabilidad alta para TEP o TVP, en los que se realizó dímero-D (estándar cumplimiento 0-10%). 3. Instauración de tratamiento previo a la confirmación diagnóstica según la probabilidad clínica. Porcentaje de pacientes con probabilidad alta o intermedia en los que se instauró el tratamiento previo a la confirmación diagnóstica (estándar cumplimiento 90-100%). 4. Realización/registro del riesgo hemorrágico del paciente (estándar cumplimiento 90-100%). 5. Realización/registro de alguna escala de riesgo pronóstica del paciente con TEP (estándar cumplimiento del 100%).

Resultados:

Se incluyeron 801 pacientes (49,8% TEP). Sólo se registró alguna escala de probabilidad clínica en el 7,6% de los pacientes (8,7% de los pacientes con TVP y 6,5% de los pacientes con TEP). Se solicitó dímero-D en la mayoría de los pacientes con alta probabilidad clínica de ETV (84,9% en TVP de alta probabilidad y 87,2% en TEP de alta probabilidad). No se instauró precozmente el tratamiento anticoagulante, en un 35,9% y 25,7% de los pacientes con TEP con probabilidad clínica alta o intermedia, respectivamente. Sólo en el 1% de los pacientes, se recogió alguna referencia al riesgo hemorrágico. Únicamente se registró alguna referencia al pronóstico en el 7,5% de los pacientes con TEP.

Conclusiones:

Existe en amplio margen de mejora en la adherencia a las recomendaciones de GPC en el manejo de los pacientes con ETV, por parte de los urgenciólogos, en los SU españoles.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

O-876

ESTUDIO PROSPECTIVO DEL PERFIL DE SEGURIDAD, RIESGO DE SANGRADO MAYOR Y REINGRESOS A TREINTA DÍAS DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS POR FIBRILACIÓN AURICULAR

C Herraiz de Castro, S Losada Ruiz, F González Martínez, A Huete Hurtado, M Alcántara Alejo

Hospital Virgen de la Luz. Cuenca

Palabras Clave: arritmia, hemorragia, anticoagulación

Objetivos:

El riesgo de sangrado mayor es uno de los principales problemas que pueden tener los pacientes a los que se les somete a anticoagulación profiláctica en la fibrilación auricular (FA), la relación riesgo beneficio sigue siendo adecuado en estos pacientes, sobre todo si se aplican las recomendaciones de anticoagulación.

Material o pacientes y método:

Estudio prospectivo de los pacientes que se diagnosticaron de FA por primera vez en el servicio de urgencias desde el 1 de octubre del 2015 hasta el 9 de febrero del 2016 recogiendo hasta el momento del corte 73 pacientes que fueron seguidos hasta un mes posterior: el estudio sigue abierto y actualmente se continúa reclutando pacientes con seguimiento posterior, se anticoagularon, la prescripción del fármaco se mantuvo libre, tratándose con dicumarínicos, nuevos anticoagulantes o heparinas, reevaluación de a 30 días, con reingresos, toxicidad o hemorragias. Se evaluaron parámetros sociodemográficos y distancia al SU desde su domicilio.

Resultados:

En esta primera fase se reclutaron 73 pacientes, con edad media en 71,1 +/- 14 años. El CHA2DS2VASc demostró un riesgo bajo (0) en el 4,5 %, riesgo intermedio (1) en el 18% y un riesgo alto (>1) en un 78 %, con un HASSBLED < de 3 en el 80% de los pacientes, y riesgo de sangrado más elevado en el 20% restante. Once pacientes no se anticoagularon por riesgo bajo de embolismo, 18 con Sintrom, 2 con heparinoides, 6 con Davigatran, 10 con Ribaroxaban, y 22 con Apixaban. Solamente dos reingresos por sangrado y otros cinco por otras razones no hemorrágicas, los sangrados eran digestivos, y del grupo de pacientes anticoagulados con dicumarínicos, no hubo mortalidad asociada a 30 días.

Conclusiones:

En el seguimiento a 30 días, el riesgo de sangrado y reingreso en urgencias en pacientes anticoagulados desde este servicio es bajo, no hubo mortalidad a 30 días en estos.

O-877

PREVALENCIAS DE LAS INFECCIONES URINARIAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

J González Muñoz, L Sánchez Caballero, S Ramírez Abril, A Saliotti Rodríguez, C Díaz Olaizola, F Casarramona Lobera, N Guardia Rodríguez

Consorti Sanitari del Maresme. Barcelona

Palabras Clave: infección, urinaria, microorganismos

Objetivos:

La infección urinaria es motivo de consulta frecuente en los Servicios de urgencias, siendo más prevalente en las mujeres. La infección monomicrobiana causa el 95% de los casos, siendo *Escherichia coli* la bacteria más frecuente y, con menor frecuencia, otras enterobacterias.

Material o pacientes y método:

Hemos realizado un estudio observacional, prospectivo y descriptivo en un servicio de urgencias hospitalario durante 3 meses (entre octubre 2013 y diciembre 2013). Se obtuvieron un total de 562 pacientes que consultaron a urgencias por síndrome miccional, suponiendo un 2% de las consultas en este periodo.

Resultados:

Un 25% de los pacientes fueron hombres, siendo más prevalente entre los 60 y 90 años, y un 75% fueron mujeres, siendo más prevalente entre los 20 y 30 años y entre los 70 y 80 años. En un 84% de los casos, los pacientes presentaron una infección de tracto urinario de vías bajas, un 10% presentaron pielonefritis aguda, un 1.2% prostatitis y un 1.4% sepsis de origen urinario grave. En los cultivos realizados se constata una positividad para *Escherichia coli* en el 48%, *Staphylococcus saprophyticus* en el 5.5%, *Klebsiella pneumoniae* en el 5.2% y *Proteus mirabilis* en el 3.7%, un 24% de los cultivos realizados fueron negativos.

Conclusiones:

Aunque *Escherichia coli* continúa siendo la bacteria más frecuentemente aislada, se tiene que tener en cuenta el aumento de incidencia de otros microorganismos en nuestro medio. Es necesario conocer el impacto de la diversidad microbiana en el entorno donde trabajamos para poder decidir el mejor tratamiento.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

O-878

LA IMPLANTACIÓN DE UN CÓDIGO SEPSIS EN URGENCIAS REDUCE LA MORTALIDAD

N Robert Boter, JM Mòdol Deltell, I Casas García,
L Soldevila Langa, L Guarro Agustí, A Carreres Molas

Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

Palabras Clave: código sepsis, urgencias, mortalidad

Objetivos:

En el año 2015 se inicia en nuestro centro, como prueba piloto, un Código Sepsis (CS) con el objetivo de homogeneizar el tratamiento inicial y optimizar los tiempos de actuación. La implementación durante la prueba fue parcial.

Material o pacientes y método:

Análisis prospectivo de los pacientes con sepsis que consultan a Urgencias de un hospital terciario durante Mayo-Octubre 2015. Dos grupos: A (activación del CS), NA (no activación). Estudio comparativo univariado entre los dos grupos y estudio multivariado mediante regresión logística con paquete estadístico SPSS v22. Se consideraron como valores significativos una $p < 0,05$ bilateral.

Resultados:

Se registraron 114 episodios, 61,4% A y 38,6% NA. Ambos grupos presentan edad, género y comorbilidades equiparables. En grupo A se observó con más frecuencia consulta en día laborable (79% vs 71,4%, $p=0,02$), TAs < 90 de entrada (61,5% vs 34,4%, $p=0,005$) y signos de mala perfusión periférica (47% vs 25,6%, $p=0,01$). En grupo NA fueron más frecuentes foco abdominal (34,3% vs 13%, $p=0,01$), elevación de lactato > 3 (80% vs 48,3%, $p=0,01$), acidosis (50% vs 30,1% $p=0,02$) y bacteriemia (48,7% vs 27%, $p=0,02$). En grupo A más habitualmente se cursaron hemocultivos y se inició antibiótico en 1ª hora (95% vs 41,7%, $p < 0,001$) y 76,9% vs 25%, $p=0,005$), se administraron 2l de suero en primeras 3h (54,5% vs 18,2%, $p=0,01$) y se consiguió una FC < 110 a las 6h (87,7% vs 62,5%, $p=0,02$). El grupo NA precisó más habitualmente de UCI (36,4% vs 10%, $p < 0,001$), tuvo estancia media más prolongada (14,4d DE 5,8 vs 10,2d DE 6,9, $p < 0,001$) y mayor mortalidad (34,1% vs 4,3%, $p < 0,001$). En el estudio multivariado resultaron factores independientes asociados a mortalidad: foco cutáneo (OR 22,5, $p=0,026$), PCR > 200 (OR 33,7, $p < 0,001$) y la no activación del código (OR 13,3, $p=0,001$).

Conclusiones:

La activación del CS reduce la mortalidad, la estancia media y la necesidad de cuidados intensivos. Existe margen de mejora en la adhesión al código en festivos, en sepsis de origen abdominal y cuando la hipotensión no está presente de entrada.

O-879

PREVALENCIA Y PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON CÁNCER OCULTO QUE SON DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS ESPAÑOLES

C Suero Méndez (1), MJ Pérez Durán (2), J Cruzado Quevedo (3),
R Perales Pardo (4), S Jiménez Hernández (5), P Ruiz Artacho (6)

(1) Hospital de la Axarquía, (2) Hospital Universitario La Fe de Valencia, (3) Hospital Santa Lucía de Cartagena, (4) Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, (5) Hospital Clínic de Barcelona, (6) Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Palabras Clave: enfermedad tromboembólica venosa, cáncer, urgencias

Objetivos:

Aunque la mayor parte de las ETV sobrevienen en fases avanzadas de la enfermedad neoplásica, los eventos tromboembólicos idiopáticos pueden ser la manifestación inicial de la patología tumoral. La prevalencia de cáncer oculto en pacientes con ETV oculta varía según estudios pero se estima que está entre el 4-10%. Además, más del 60% de las neoplasias ocultas son diagnosticadas poco tiempo después de presentar el cuadro trombótico, especialmente en los primeros seis meses tras el diagnóstico, se cree que parte de estos tumores podrían identificarse mediante evaluaciones en el momento del diagnóstico de la trombosis. Los cánceres diagnosticados en el primer año de seguimiento tras ETV presentan extensión local en 25% de los casos y metástasis en el 40%.

Material o pacientes y método:

El registro ESPHERIA es un estudio de cohortes prospectivo multicéntrico que incluyó 53 servicios de urgencias (SU) españoles de 15 Comunidades Autónomas. Se incluyeron pacientes atendidos en los SU que eran diagnosticados de ETV (TVP o TEP), entre el 13 de octubre y el 14 de diciembre de 2014. La inclusión se realizó mediante muestreo consecutivo durante el periodo que requería cada centro para alcanzar un número máximo de pacientes entre 15-20. Se realizó un seguimiento a 6 meses de los pacientes, recogiendo diagnósticos nuevos de cáncer y mortalidad, recurrencia y hemorragias en aquellos pacientes que no tenían cáncer activo en el momento del diagnóstico de ETV.

Resultados:

Un total de 801 pacientes con ETV fueron incluidos en el estudio. 399 (49,8%) tenía TEP, con o sin TVP. La edad media fue 66 años. De éstos, 677 fueron pacientes no oncológicos, sin cáncer activo en el momento del diagnóstico de ETV. 38 (5,6%) pacientes fueron diagnosticados de cáncer durante seguimiento de 6 meses. Hubo 64 muertes durante el seguimiento de los pacientes no oncológicos, de las cuales 22 fueron por cáncer diagnosticado durante el seguimiento.

Conclusiones:

Existe un porcentaje importante de pacientes no oncológicos con ETV diagnosticados en los SU que en el seguimiento son diagnosticados de un cáncer, asociando dicho diagnóstico una elevada mortalidad.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

P-880

COMPARACIÓN DE LA POTENCIA DIAGNÓSTICA DE UN TEST CUANTITATIVO INMUNOTURBIDIMÉTRICO DE Dímero D ENTRE UN PUNTO DE CORTE CALCULADO Y EL Dímero D AJUSTADO A LA EDAD EN PACIENTES DE 50 AÑOS O MÁS EN EL DIAGNÓSTICO DEL TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN

NC Rodríguez Hernández, E de las Nieves Rodríguez,
WA Fulgencio Inoa, PL Ramírez Cabello, B Benito Pasamontes,
A Santos de Vera, F Gil de Sola Letang

Urgencias. Hospital de Móstoles. Madrid

Palabras Clave: pulmonary embolism/diagnosis, fibrin fragment, sensitivity and specificity

Objetivos:

En los pacientes con baja o intermedia probabilidad de TEP, la búsqueda de un valor de DD que permita disminuir la tasa de falsos positivos es objetivo principal de las últimas investigaciones para disminuir el número de TAC de arterias pulmonares (TACAP) y su posible iatrogenia. El DDedad está demostrando ser la mejor herramienta para tal fin.

Material o pacientes y método:

Tamaño muestral para un nivel de confianza al 95% y precisión del 4% para pruebas diagnósticas de 527 pacientes. Se recogen retrospectivamente 525 pacientes consecutivos de 50 o más años a los que se realiza TACAP (patrón oro) por sospecha baja o intermedia de TEP, y $DD > 500 \text{ } \mu\text{g/L}$. Se calcula punto de corte con la curva ROC, sensibilidad (Se), especificidad (Es), potencia diagnóstica negativa y positiva (CP+ y CP-) y probabilidad postprueba en función de la prevalencia (Pr postpr).

Resultados:

El punto de corte calculado con Se del 100% fue $680 \text{ } \mu\text{g/L}$. Las Se del test con punto de corte $680 \text{ } \mu\text{g/L}$ (PC680) y del DDedad fueron del 100% (IC 95%, 95 %- 100%) para ambos. Las Es fueron de 19,5% (IC95%, 15,6%-19,6%) y 21,6% (IC95 %, 17%-25%) respectivamente. El CP + fue de 1,26 para ambos y la CP - de 0 para ambos. La Pr postpr positiva de TEP fueron de 4,1% vs 4% para los de baja probabilidad y 31,3% vs 32,4% en los de intermedia probabilidad. Las Pr postpr negativa de no TEP fueron del 100% para ambos. Con DDedad se indicaron 431 TACAP y con el PC680, 440. Comparado con el punto de corte clásico de $500 \text{ } \mu\text{g/L}$ supone un ahorro de TACAP de 76 (14,4%, (IC95%, 11,2%-17,6%)) con DDedad y de 67 (12%, (IC95%, 9%-15%)) con PC680.

Conclusiones:

En pacientes de 50 años o más es tan válido y seguro usar el PC680 como el DDedad, con la posibilidad de ahorrar entre un 12% y un 14% de TACAP.

O-881

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA POBLACIÓN CON PATOLOGÍA INFECCIOSA VS LA POBLACIÓN SIN PATOLOGÍA INFECCIOSA QUE INGresa EN UNA UNIDAD DE ESTANCIA CORTA. ANÁLISIS BIVARIADO

J Guardiola Tey, M Roca Costa, M Sans Segura, B Pares Bofill,
L Sánchez García, M Hernández Stahl, M Miserachs Sala

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Palabras Clave: patología infecciosa, unidad estancia corta, estudio bivariado

Objetivos:

La prevalencia de patología infecciosa (PI) es muy alta en los servicios de urgencia.

Material o pacientes y método:

La UEC consta de 36 camas para pacientes procedentes de urgencias, en los que se prevé un ingreso inferior a 5 días. El cálculo del número de pacientes se realiza en función de la edad esperada, fijando un error alfa en el 5%, una potencia mínima del 80%. La mitad de los pacientes se escogen en invierno (diciembre 2015-Enero 2016), y la otra mitad en verano (junio-julio 2015). El estudio entre las variables cualitativas se realizó mediante Chi-Q y entre las cuantitativas-cualitativas mediante una la T de student.

Resultados:

Se incluyen 261 pacientes. 158 (60%) con PI vs 103 (40%) SPI. La edad $74,8 \pm 19,3$ (19-100) (PI: 72,1 vs SPI: 79,01, $p < 0,001$). Un 65% de las mujeres presentan PI vs un 54,6% de varones ($p: 0,07$). Los PI presentan 5,41 antecedentes previos, vs los 7,18 SPI ($p < 0,001$). La PI es más frecuente en invierno que en verano 70% vs 52% ($p < 0,005$). Entre PI y SPI no hay diferencias en cuanto a la estancia media (4,96 vs 4,26 días). La PI en pacientes diabéticos 48 vs 65% en no DM ($p: 0,012$). No diferencias de PI en pacientes EPOC (62%) vs en pacientes no EPOC (60%). Entre los pacientes con PI la insuficiencia cardíaca se da en un 52% vs un 64% de IC en pacientes SPI (0,07). HTA se da en un 58% de pacientes con PI vs un 64,7% SPI (NS). La PCR es de 88 en PI vs de 13,9 en SPI ($p < 0,001$). Un 20,3% de los pacientes presentan cultivo positivo, todos PI. 16/261 (6,1%) de los pacientes fueron éxitos: PI 3,8% vs SPI 9,7%, $p 0,065$.

Conclusiones:

Un 60% de los pacientes ingresados en la UEC presentan PI. La PI se da en pacientes más jóvenes, mayormente en mujeres, y es más frecuente en invierno. Los pacientes con PI tienen menos comorbilidades que los pacientes SPI. Los diabéticos muestran una significativa menor presencia de PI.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

O-882

RENDIMIENTO DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS PARA INFECCIÓN DE ORINA EN URGENCIAS

G Lladós Bertran, G Rocamora Blanch, G Fernández Rivas,
N Robert Boter, P Tudela Hita, JM Mòdol Deltell

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

Palabras Clave: infección urinaria, pruebas diagnósticas, espectrometría de flujo

Objetivos:

Los métodos disponibles para el diagnóstico de la infección del tracto urinario (ITU) de los pacientes que consultan a urgencias tienen importantes limitaciones. El sedimento de orina es una técnica no estandarizada y sometida a importante variabilidad debido al procesamiento y al observador.

Material o pacientes y método:

Estudio prospectivo de pacientes adultos con sospecha de ITU que consultaron a Urgencias de un Hospital Terciario durante noviembre de 2015. Las muestras de orina se procesaron también mediante el UF1000i que utiliza citometría de flujo y cuantifica leucocituria y bacteriuria en 5'. Se recogen datos demográficos, recuento leucocitario y bacteriano automático, sedimento urinario, urinalisis, tinción de Gram, urocultivo y diagnóstico definitivo. Se calculan sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN) y razón de verosimilitud (RV) positiva y negativa.

Resultados:

Se incluyen 547 pacientes, 53,4% mujeres, mediana de edad 69 años (18-100). Obtención de muestras: micción espontánea (88,5%), sonda vesical (11,5%). Diagnóstico definitivo de ITU 29,4%. Aislamientos: E.coli (58,4%), K.pneumoniae (13,7%), E. faecalis (8,7%). Rendimiento diagnóstico (S%/E%/VPP%/VPN%/RV+/RV-): -Leucocituria automática >40/μL (n=218): 89,4/85,3/73,5/94,7/6,1/0,12. -Bacteriuria automática >1000/μL (n=160): 82,6/96,3/91,1/92,4/22,3/0,18. -Leucocituria >40/μL ó Bacteriuria >1000/μL (n=241): 95,7/83,3/72,3/97,7/5,7/0,05. -Tinción gram con bacilosgram negativos (n=115): 75,9/96,1/98,2/58,3/19,5/0,25 -Leucocituria >10/campo (n=184): 81,4/89,2/77,5/91,3/7,5/0,2 -Nitritos+ (n=57): 32,9/99,4/96,4/76,5/54,8/0,68 Esterasa leucocitaria+ (n=233): 88,2/80,2/67/93,7/4,5/0,15 En pacientes sondados las pruebas presentan resultados equiparables a excepción de mayor VPP para leucocituria: 10/campo (95,5% vs 70,9%, p=0,03).

Conclusiones:

Ninguna de las pruebas tiene una adecuada precisión diagnóstica por sí sola. La determinación combinada de leucocituria: 40 y bacteriuria: 1000 mediante citometría de flujo tiene una sensibilidad superior a la detección de nitritos o esterasa.

O-883

ALTA SOSPECHA DE SEPSIS EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS

T Martín Casquero, M Ayo González, L Cárdenas,
B Giménez Fernández, E Ruescas Escolano, I Bañó Alba,
J Armas Castro

Hospital Universitario del Vinalopó. Alicante

Palabras Clave: sepsis, QSOFA, SOFA

Objetivos:

En el paciente séptico el tiempo es importante ya que está demostrado que una pronta y adecuada respuesta mejora el pronóstico. Las definiciones de Sepsis y Shock Séptico vigentes son muy similares a las aprobadas en la primera conferencia de consenso, en 1991. El concepto inicial ha quedado algo desfasado y ambiguo. El grupo de trabajo de infecciones en Urgencias (INFURG-SEMS) ha publicado los resultados del tercer consenso internacional, recomienda emplear una variación de dos o más puntos en la escala SOFA. La escala q-SOFA representa una serie de criterios clínicos de fácil medición in situ y de rápida aplicación para la toma de decisiones.

Material o pacientes y método:

Se han recogido datos de pacientes diagnosticados de Sepsis en Urgencias en los últimos 11 meses. Estudio observacional, retrospectivo. Se ha utilizado el SPSS para el estudio de variables. 111 pacientes entre Marzo de 2015 y febrero de 2016. Variables estudiadas: edad, sexo, frecuencia cardiaca, temperatura, tensión arterial, frecuencia respiratoria, Glasgow, foco, PCR, procalcitonina, leucocitos, servicio de ingreso y antibioterapia. Se han comparado los criterios clásicos de Sepsis con la escala Q-SOFA.

Resultados:

111 pacientes diagnosticados de sepsis en los últimos 11 meses en Urgencias, 57 mujeres y 54 hombres con una media de edad de 77.64 años, el 67.6% acudieron febriles, el 82.9% presentaron leucocitosis, PCR elevada el 95.5%, a 63 pacientes no se les solicitó procalcitonina, de a los que si, 43 fueron positiva y 5 negativa. Foco: 29.7% respiratorio, 11.7 abdominal, 56.76% urinario. Destino de ingreso: 84 en Medicina Interna (75.7%), 15 en UCI (13.5%), 5 en Cirugía General, 2 en Urología y hubo 4 Exitus. Antibioterapia: Al 41% de los pacientes se les administró cefalosporinas, al 18.9% quinolonas, al 17.5% carbapenem, a 16 penicilinas, vancomicina en 2 y aztreonam en 2. De nuestros pacientes 81.9% cumplen criterios clínicos de SIRS pero es el 43.24% los que cumplen criterios qSOFA.

Conclusiones:

Estos resultados nos hacen pensar que es posible ser más específicos en la identificación y diagnóstico de sepsis en Urgencias, pudiendo diferenciar de una forma más específica un paciente infectado de un paciente séptico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

P-884

MORTALIDAD POR FOCO INFECCIOSO EN LOS PACIENTES QUE ACTIVAN UN CÓDIGO DE ACTIVACIÓN DE SEPSIS EN UN SERVICIO DE URGENCIA HOSPITALARIO

J Álvarez Manzanares, R López Izquierdo, H Bergaz Díez, I García Rupérez, I González Manzano, R Talegón Martín

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Palabras Clave: sepsis, mortalidad, infección

Objetivos:

Los pacientes sépticos presentan distinta mortalidad según el foco infeccioso que se les diagnostica.

Material o pacientes y método:

Análisis descriptivo retrospectivo. Ámbito: SUH. Criterios de inclusión: Pacientes que activaron CS en un SUH noviembre 2013 a septiembre 2015. Criterios de exclusión: pacientes sin infección. Variables: edad, grupo de edad (GEd) (14-40 a, 41-75 a, >75 a), género, foco infeccioso: respiratorio (IRVB), Urológico (ITU), Intraabdominal (IIA), piel y tejidos blandos (IPTB), neutropenia febril (NF), otros, foco desconocido (FD), MH. Comparativa variables cuantitativas: tstudent, cualitativas chi-cuadrado. Software: SPSS 20.0. $p < 0,05$

Resultados:

N: 331. Edad media: 72,6(18,0). Género Varón 54,1%. Frecuencia foco: IRVB: 33,2%, ITU: 29,3%, IIA: 8,5%, IPTB: 2,7%, NF: 2,7%, FD: 20,5%, Otros: 3%. Frecuencia foco/GEd: 14-40: $n=27(8,2\%)$: IRVB: 14,8%, ITU: 29,6%, IIA: 3,7%, IPTB: 7,4%, NF: 3,7%, FD: 22,2%, otros: 18,5%, 41-75: $n=119(36,0\%)$: IRVB: 31,1%, ITU: 28,6%, IIA: 10,1%, IPTB: 2,5%, NF: 4,2%, FD: 20,2%, otros: 3,4%. >75: $n=185(55,9\%)$: IRVB: 37,3%, ITU: 29,7%, IIA: 8,1%, IPTB: 2,2%, NF: 1,6%, FD: 20,5%, otros: 0,5%. $P < 0,05$. Frecuencia foco/Género: NS. MH/foco: IRVB: 31,8%, ITU: 17,5%, IIA: 7,1%, IPTB: 0%, NF: 33,3%, Otros: 0%, FD: 20,6%. $P < 0,05$.

Conclusiones:

Como en otros estudios el foco más frecuente en pacientes con sepsis es el respiratorio, seguido del urológico. La edad es una variable que influye en el foco infeccioso. El foco respiratorio aumenta en relación con la edad de forma significativa. En las edades más jóvenes el foco urológico es el más diagnosticado. En relación con la MH el foco que mostró una mayor mortalidad fue el de la neutropenia febril seguido de la infección respiratoria y el foco no identificado. El foco urológico presenta una baja mortalidad seguramente por su asociación con las edades más jóvenes.

P-885

OPTIMIZACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES SEGÚN EDAD Y GRAVEDAD

M Córcoles Vergara, MC Quesada Martínez, N Rodríguez García, B de la Villa Zamora, D Fernández Camacho, P Piñera Salmerón

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

Palabras Clave: pulmonary disease chronic obstructive, treatment, severity

Objetivos:

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), se define como obstrucción de las vías respiratorias generalmente progresiva e irreversible. Supone gran consumo de recursos en sanidad dado a la alta frecuencia de Hospitalización

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, retrospectivo en un Hospital General con área de 200.000 habitantes y 275 urg/día. Se incluyeron los enfermos con diagnóstico previo EPOC mediante prueba espirométrica que acudieron al SU entre Enero-2012 a Julio de 2015 por agudización de su enfermedad. Se analizó Se tomó como base el estadio basal de su enfermedad según GOLD y edad, agrupando a la muestra en > 0 < de 75 años.

Resultados:

Consultaron por AEPOC 1029 pacientes. Según GOLD, 273 (26,5%) pacientes presentaban estadio muy grave. De los cuales ingreso 191 (70%) y alta 82 (30%). Graves 446 (43.35%), ingreso 277 (62.1%) y alta 169 (37.9%). Moderados 290 (28.18%), hospitalización 181(62.4%) y alta 109 (37.6%) Leves 20 (1.94%), hospitalización 9 (45%) y alta 11 (55%) Según edad, 564 (54.7%) son > 0 igual de 75 años. 365 (64.7%) presentan hospitalización. 199 (35,3%) son alta a domicilio. 465 (45.3%) son pacientes con edad < a 75 años. 292(62,8%) son hospitalizados. 173 (37,2%) son alta a domicilio.

Conclusiones:

Con respecto a la gravedad basal según FEV1 los pacientes con un estadio basal grave/muy grave más que los leves/moderados como resulta normal. En relación con la edad, existe un porcentaje ligeramente mayor de pacientes con edad > 0 igual a 75 años aunque los porcentajes de ingresos son similares en ambos grupos de edad. En general se realiza una adecuación de la hospitalización en base al estadio basal con una tendencia a la hospitalización sin objetivar grandes diferencias atendiendo a la edad. El profesional sanitario debe intentar realizar una adecuación correcta de ingresos de los pacientes con AEPOC para una correcta optimización de los recursos sanitarios.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

O-886

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS ESPAÑOLES: CLASIFICACIÓN PRONÓSTICA, IMPLICACIONES ASISTENCIALES Y REALIDAD EN EL MANEJO

P Ruiz Artacho (1), S Jiménez (2), Ml Mateo (3), MR Arceaga Sáinz (4), JM Franco Sorolla (5), M Merlo Loranca (6)

(1) Hospital Clínico San Carlos. Madrid (2) Hospital Clínic. Barcelona, (3) Hospital Joan XXIII. Tarragona, (4) Hospital Trueta. Girona, (5) Hospital Miguel Servet. Zaragoza, (6) Hospital Universitario de Getafe. Madrid

Palabras Clave: enfermedad tromboembólica, urgencias, embolia pulmonar

Objetivos:

Es en los Servicios de Urgencias (SU), donde se establece el diagnóstico en la mayoría de las ocasiones en las que la enfermedad tromboembólica venosa (ETV) se desarrolla ambulatoriamente. Se ha evaluado muy poco cuál es el perfil de riesgo de los pacientes con ETV diagnosticados en urgencias, y el manejo basado en el riesgo.

Material o pacientes y método:

El registro ESPHERIA es un estudio de cohortes prospectivo multicéntrico que incluyó 53 SU españoles de 15 Comunidades Autónomas. Se incluyeron pacientes atendidos en los SU diagnosticados de ETV (TVP o TEP), entre octubre y diciembre de 2014. La inclusión se realizó mediante un muestreo consecutivo durante el periodo que requería cada centro para alcanzar un número máximo de pacientes entre 15-20. Se recogieron variables demográficas, comorbilidad, factores de riesgo para ETV, clínicas, analíticas diagnósticas, así como escalas pronósticas (PESIs y grupos de riesgo según las últimas guías de la ESC), y manejo terapéutico y derivación en función de dichas escalas.

Resultados:

Un total de 801 pacientes con ETV fueron incluidos en el estudio. 399 (49,8%) tenía TEP, con o sin TVP. La edad media de los pacientes fue 66 años. Los pacientes con TEP tuvieron la siguiente distribución en grupos de riesgo: 31,3% bajo, 59,1% intermedio-bajo, 6% intermedio-alto y 3,5% alto. 98,7% de los pacientes con TEP fueron hospitalizados con una estancia media de 9,7 días. Los pacientes con TVP (sin TEP), 50,2% fueron hospitalizados con una estancia media de 5,9 días. El control de la anticoagulación fue una justificación para el ingreso en el 43,9% de las TVP que se hospitalizaron.

Conclusiones:

Más de una cuarta parte de los pacientes diagnosticados de TEP en los SU corresponden a pacientes con bajo riesgo, que podrían beneficiarse de un tratamiento ambulatorio o una alta precoz. Sin embargo, los datos del estudio que se presenta muestran que prácticamente la totalidad de los pacientes con TEP son hospitalizados. En el caso de la TVP (sin TEP), más de la mitad de los pacientes son hospitalizados.

O-887

LO HACES MUY MAL Y LO SABES (JULIO IGLESIAS DIXIT)

A Peiro Gómez, C Milian Donet, R Castillo Rubio, A Cherino Talens, I Gramuntell Seguí, E Corada Molina, E Ríos Sagastizabal

Hospital de Llíria. Valencia

Palabras Clave: venous thromboembolism, primary prevention, emergency medicine

Objetivos:

La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) es la tercera causa de muerte cardiovascular. Sin profilaxis, entre 10 y el 40% de los pacientes médicos hospitalizados presentarán una ETV. La introducción de protocolos ha logrado una importante disminución en la incidencia de ETV, particularmente en los pacientes quirúrgicos. No ocurre así en los pacientes médicos ingresados, procedentes en un alto porcentaje de los Servicios Urgencias Hospitalarios (SUH).

Material o pacientes y método:

Revisión de publicaciones recientes: Nacionales: tromboprofilaxis de pacientes médicos en urgencias: URGENTV, PROTESU, ESPHERIA. Internacionales y multinacionales: IMPROVE, ENDORSE, VTE START.

Resultados:

A-Nacionales: -PROTESU: Estudio de cohortes prospectivo multicéntrico, realizado 6 SUH españoles 580 pacientes. Trombo-profilaxis de pacientes médicos ingresados desde SUH. 34,8% se realizó tromboprofilaxis de forma inadecuada - URGENTV: Tromboprofilaxis de pacientes médicos en SUH. (50 hospitales). 2.280 pacientes. 42,1% pacientes con riesgo moderado-alto fueron dados de alta sin tromboprofilaxis. -ESPHERIA. Perfil de riesgo de los Pacientes con ETV en atendidos en los servicios de Urgencias.) 53 Centros. 823 pacientes., 62,7 % pacientes Riesgo alto-muy alto dados de alta sin tromboprofilaxis. B- Internacionales: IMPROVE, (19200 pacientes de 52 hospitales, 12 países. Tromboprofilaxis correcta en los pacientes médicos: 60%. Estudio VTE START, pacientes médicos, quirúrgicos y de UCI, el 50,2% de los pacientes de alto riesgo recibían la tromboprofilaxis de forma inapropiada. Estudio ENDORSE (68.000 pac 358 hospitales, 32 países. Tromboprofilaxis correcta en pacientes médicos: 40%. Los datos españoles del estudio: profilaxis adecuada en 64% de los pacientes médicos y 84% de los pacientes quirúrgicos

Conclusiones:

La tromboprofilaxis en los servicios de urgencias tanto nacionales como internacionales, es muy deficiente. Se deben implementar, de forma urgente, medidas para corregirla. Se sugiere aplicación informática al alta que obligue a pasar la escala de Padua e IMPROVE a todos los pacientes, tanto los que ingresan como los que se remiten a domicilio.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

O-888

HEMOCULTIVOS POSITIVOS CON POSTERIORIDAD AL ALTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS

F Casarramona Lobera, J López Escuin, S Bacca Camacho, M Molina Moya, C Díaz Olaizola, EP Fernández Fernández, M Daza López

Hospital de Mataró. Barcelona

Palabras Clave: hemocultivos, urgencias, alta

Objetivos:

La realización de hemocultivos ante procesos febriles es una practica habitual en los servicios de urgencias (S.U.) hospitalarios. En muchas ocasiones pacientes que han sido atendidos por fiebre son dados de alta después de practicarles hemocultivos. En algunos se detecta crecimiento de microorganismos a las 24/48 h de haber dado de alta al paciente. No conocemos cual es la evolución de estos pacientes. Los pocos estudios publicados, muestran la importancia de la realización de los hemocultivos y la baja rentabilidad por la sobreestimación de la sospecha de bacteriemia.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, prospectivo durante los años 2014/15) de los pacientes dados de alta del S.U. con hemocultivos positivos

Resultados:

Se analizaron los 542 hemocultivos positivos, 71 fueron alta a domicilio. El 66.2% eran mujeres, el 76% tenían comorbilidades (HTA 45.1%, Diabetes 22.5% y neoplasia activa 14.1%), El motivo de consulta mas frecuente fue la fiebre con foco (un 48%), el foco mas frecuente fue el urinario 53% y respiratorio 21%, 54% con una temperatura >38°C y frecuencia cardíaca de 100-120bpm, analíticamente destacaba neutrofilia 69%, una PCR elevada 83% i leucocitosis 43%, el 61% presentaban hiperglucemia. El 80% fueron dados de alta con antibiótico (cefuroxima en un 50% i amoxicilina-A.clavulánico el 35.5%). El microorganismo aislado con mayor frecuencia fue E. Coli. Se realizó localización de los pacientes por via telefónica en un 65%, de los cuales el 62% reconsultaron al S.U. y fueron ingresados el 38% con una mediana de 7,4 días de ingreso, el 37% de los hemocultivos positizaron a las 24 horas de haber sido realizados, al 66% no se les realizó ningún cambio terapéutico y no se produjo ningún ingreso en la UCI. El 91% no va presentó complicaciones y no se produjo ningún fallecimiento.

Conclusiones:

Las bacteriemias más frecuentes son de origen urinario por E. coli, que se resuelven con tratamiento antibiótico ambulatorio. También destaca la elevación de la PCR y la neutrofilia entre este grupo de pacientes. La mayoría de ellos fueron dados de alta con tratamiento antibiótico adecuado según el antibiograma y pocos de ellos requirieron ingreso hospitalario.

P-889

TRATAMIENTO EN URGENCIAS EN PACIENTE EPOC AGUDIZADO SEGÚN CRITERIOS DE GRAVEDAD

M Córcoles Vergara, N Rodríguez García, B de la Villa Zamora, D Fernández Camacho, MC Quesada Martínez, P Piñera Salmerón, C Cinesi Gómez

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

Palabras Clave: pulmonary disease chronic obstructive, hospitalization, optimization

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 área de 200.000 habitantes y 275 urg/día. Se incluyeron todos los enfermos con diagnóstico previo EPOC mediante prueba espirométrica que acudieron al SU entre Enero-2012 a Julio de 2015 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:

Un total de 1032 pacientes consultaron por AEPOC, de los cuales 800 (68.6%) fueron tratados en urgencias con beta 2 nebulizados/ inhalados . Se clasificaron según GOLD. 719 (70%) presentaban un estadio basal de grave/muy grave. 568 (79%) fueron tratados con b2. 259(35%) con anticolinérgicos nebulizados/inhalados, 594 (82,6%) corticoides iv y 410 (59%) corticoides nebulizados/inhalados 310(30%) presentaban estadio basal de moderados/leve. 235 (75.8%) se trataron con beta2 nebulizados/inhalados, 92 (30%) con anticolinérgicos nebulizados/inhalados, 244 (70%) corticoides iv y 151 (48.7%) corticoides nebulizados/inhalados

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 debería 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. Deberíamos intentar adecuar el tratamiento a la situación de cada paciente en base a si situación basal. Una adecuada difusión de la GPC y formación continuada contribuiría positivamente a la mejora del manejo de la agudización de la EPOC.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

O-890

FACTORES DE RIESGO Y COMORBILIDADES IDENTIFICADOS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS ESPAÑOLES: ¿DIFIEREN DE LO TRADICIONALMENTE DESCRITO?

P Ruiz Artacho (1), S Jiménez (2), A Garrido Rosado (3), M Moreno Fernández (3), JM Ferreras (4), I Correa Rosales (4)

(1) Hospital Clínico San Carlos. Madrid (2) Hospital Clínic. Barcelona, (3) Hospital Regional de Málaga, (4) Hospital Royo Villanova. Zaragoza

Palabras Clave: enfermedad tromboembólica, urgencias, embolia pulmonar

Objetivos:

Es en los Servicios de Urgencias (SU) donde se establece el diagnóstico en la mayoría de las ocasiones en las que la enfermedad tromboembólica venosa (ETV) se desarrolla ambulatoriamente y son pocos los estudios que hayan analizado las características del paciente con ETV y la propia enfermedad desde la perspectiva exclusiva del SU. Se conoce poco sobre la epidemiología de la ETV, la comorbilidad de estos pacientes, y sobre los factores de riesgo que con mayor frecuencia presentan los pacientes que son diagnosticados de un episodio de ETV en los SU.

Material o pacientes y método:

Registro ESPHERIA es un estudio de cohortes prospectivo multicéntrico que incluyó 53 SU españoles de 15 Comunidades Autónomas. Se incluyeron pacientes atendidos en los SU diagnosticados de ETV (TVP o TEP), entre octubre y diciembre de 2014. La inclusión se realizó mediante un muestreo consecutivo durante el periodo que requería cada centro para alcanzar un número máximo de pacientes entre 15-20. Se recogieron variables demográficas, comorbilidad y factores de riesgo para la ETV.

Resultados:

Un total de 801 pacientes con ETV fueron incluidos en el estudio. 399 (49,8%) tenía TEP, con o sin TVP. La edad media de los pacientes fue 66 años. La comorbilidad más frecuente fueron HTA (52,3%), dislipemia (34,5%), tabaco (29,7%) y la historia de cáncer (21,5%). Los factores de riesgo de ETV más frecuentes fueron edad mayor de 70 años (50,9%), obesidad (31,5%), inmovilidad (23%), ETV previa (17,4%) y el cáncer activo (15,5%). 91 pacientes tuvieron un ingreso médico en los 3 meses previos de los cuales un 65% no recibieron trombopprofilaxis. 83 pacientes tuvieron un ingreso quirúrgico, no habiendo recibido trombopprofilaxis el 32,1%.

Conclusiones:

Los pacientes que son diagnosticados de ETV en los SU presentan un perfil de riesgo para su desarrollo similar al descrito en otros registros. Existe más de un 20% con antecedentes de ingreso previo médico o quirúrgico, que en un alto porcentaje no recibieron profilaxis.

P-891

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS ESPAÑOLES: IMPACTO ASISTENCIAL, FORMA CLÍNICA E IMPLICACIONES ASISTENCIALES.

JR Casal Codesido (1), P Piñera Salmerón (2), M Merlo Loranca (3), MM Becerra Mayor (4), P Ruiz Artacho (5), S Jiménez (6)

(1) Hospital el Bierzo. León (2) Hospital Universitario Reina Sofía. Murcia, (3) Hospital Universitario de Getafe. Madrid, (4) Hospital Regional de Málaga, (5) Hospital Clínico San Carlos. Madrid, (6) Hospital Clínic. Barcelona

Palabras Clave: ETEV, TEP, TVP

Objetivos:

Es en los Servicios de Urgencias (SU) donde se establece el diagnóstico en la mayoría de las ocasiones en las que la enfermedad tromboembólica venosa ETV se desarrolla ambulatoriamente y son pocos los estudios que hayan analizado las características del paciente con ETV y la propia enfermedad desde la perspectiva exclusiva del SU. Se conoce poco sobre la epidemiología de la ETV y su impacto asistencial en los SU.

Material o pacientes y método:

El registro ESPHERIA es un estudio de cohortes prospectivo multicéntrico que incluyó 53 SU españoles de 15 Comunidades Autónomas. Se incluyeron pacientes atendidos en los SU que eran diagnosticados de ETV (TVP o TEP), entre el 13 de octubre y el 14 de diciembre de 2014. La inclusión se realizó mediante un muestreo consecutivo durante el periodo que requería cada centro para alcanzar un número máximo de pacientes entre 15-20. Se recogió el número de atenciones en urgencias durante el periodo de reclutamiento de cada centro.

Resultados:

En total, hubo 905 pacientes con ETV de un total de 549.840 atenciones, siendo el impacto de la ETV de 1,6 pacientes por cada 1.000 atenciones en urgencias. De estos, se incluyeron 801 pacientes en el análisis epidemiológico que cumplían los criterios de inclusión y exclusión. 304 pacientes diagnosticados de TEP, 402 de TVP y 95 presentaron ambas formas, TEP y TVP. La edad media de los pacientes fue 66 años, con edades comprendidas entre los 18 y 99, el 48,3% fueron hombres frente al 51,7% de mujeres. Prácticamente la totalidad de la muestra era caucásica.

Conclusiones:

Por primera vez se realiza una aproximación epidemiológica al impacto de la ETV en los SU españoles. El diseño del estudio ha permitido calcular que se diagnostican, al menos, 1,6 acontecimientos de ETV por cada 1000 visitas que se realizan en los SU. Y que además, aproximadamente la mitad de esos acontecimientos corresponden a TEP, con o sin TVP.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

O-892

FACTORES PREDICTIVOS INDEPENDIENTES ASOCIADOS AL INGRESO POR PATOLOGÍA INFECCIOSA EN UNA UNIDAD DE ESTANCIA CORTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS. ESTUDIO MULTIVARIADO

J Guardiola Tey, L Molero Sala, V Jodar Manzanera, M Sans Segura, M Roca Costa, A Mauri Plana, J Montiel Dacosta

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Palabras Clave: patología infecciosa, unidad estancia corta, estudio multivariado

Objetivos:

El sufrir una infección es motivo de un 60% de los ingresos en la UEC. El presente estudio pretende definir las características de la población con PI y compararlo con aquella población sin (SPI).

Material o pacientes y método:

Se analiza una muestra representativa de los pacientes ingresados en la UEC durante los meses de junio-julio 2015 y los meses de diciembre 2015 y enero 2016. Se comparan los pacientes que presentan patología infecciosa (PI) vs los ingresos sin patología infecciosa (SPI). El análisis multivariado acepta variables con significación o tendencia a la significación en el estudio bivariado. En estudio multivariado se realiza mediante análisis de regresión logística.

Resultados:

Se incluyen 261 pacientes. 158 (60%) con PI vs 103 (40%) SPI. La edad media es de 74,8 + 19,3 (19-100) (PI: 72,1 vs SPI: 79,01, $p < 0,001$). En cuanto al sexo un 65% de las mujeres presentan PI vs un 54,6% de varones ($p: 0,07$). Los PI presentan 5,41 antecedentes previos, vs los 7,18 de los SPI ($p < 0,001$). La PI es más frecuente en invierno que en verano 70% vs 52% ($p < 0,005$). La PI es menos frecuente en pacientes diabéticos 48 vs 65% ($p: 0,012$). Entre los pacientes con PI la insuficiencia cardiaca se da en un 52% vs un 64% de IC en pacientes SPI (0,07). El estudio multivariado, tomando como variable dependiente PI vs SPI incluye 6 variables en el análisis (dos variables cuantitativas: Edad y número de antecedentes patológicos, y 4 variables cualitativas: Prevalencia estacional, DM, Insuficiencia Cardiaca, Sexo,), solo acepta dos variables como factores predictivo independiente asociados con la presencia de PI: el número de antecedentes previos (OR: 1,17, IC95% 1,08-1,28, $p < 0,001$) y la estacionalidad (OR: 2,07, IC95% 1,22-3,51, $p 0,007$).

Conclusiones:

El factor predictivo independiente más fuertemente asociado a un ingreso hospitalario por patología infecciosa es la estacionalidad, siendo más frecuente en los meses de invierno. La presencia de comorbilidades también se asocia a la presencia de patología infecciosa de manera independiente. Cuanta más comorbilidad menor es la probabilidad de ingresar por patología infecciosa.

O-893

MANEJO ANTIBIÓTICO AL ALTA EN URGENCIAS EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS AEPOC DE CAUSA INFECCIOSA

B de la Villa Zamora, M Córcoles, V Vergara, MC Quesada Martínez, N Rodríguez García, D Fernández Camacho, P Piñera Salmerón, C Cinesi Gómez

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

Palabras Clave: infective agents, pulmonary disease, chronic obstructive, age groups

Objetivos:

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es un trastorno pulmonar que se caracteriza por una obstrucción de las vías respiratorias generalmente progresiva e irreversible. La agudización de la EPOC (AEPOC) se define como un empeoramiento mantenido de síntomas respiratorios, más allá de su variación diaria, siendo su causa más frecuente la infecciosa. El anciano frágil o de alto riesgo es aquel que tiene una alta probabilidad de sufrir un proceso adverso y, por tanto, de tener mayor morbilidad. En ellos, el control estricto de la AEPOC es, si cabe, más importante.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo realizado en Hospital General Universitario Reina Sofía. Se incluyeron 1172 pacientes diagnosticados de EPOC mediante espirometría atendidos entre enero de 2012 a junio de 2015.

Resultados:

Se analizaron 1172 pacientes de los cuales 643 (57.67%) eran mayores de 75 años. 592 (92%) fueron dados de alta a domicilio con diagnóstico de infección respiratoria. De éstos, a 151 (28.9%) se les prescribió antibiótico desde el Servicio de Urgencias. 529 (42.33%) pacientes eran menores de 75 años, de los cuales 495 (93.58%) fueron dados de alta del Servicio de Urgencias con diagnóstico de infección respiratoria. De éstos, a 157 (31%) se les pautó antibiótico desde el Servicio de Urgencias.

Conclusiones:

Los pacientes mayores de 75 años son considerados de alto riesgo a la hora de sufrir complicaciones graves por patologías infecciosas, por lo que, en su caso, un adecuado control de la infección es esencial. Para la prescripción de antibióticos debemos atenernos a los criterios pautados por los expertos. En nuestro caso, podemos observar que las diferencias de prescripción en mayores o menores de 75 años no son significativas, por lo que la fragilidad basada en la edad no parece ser un criterio tenido en cuenta por el urgenciólogo al prescribir tratamiento antibiótico al alta del Servicio de Urgencias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

P-894

¿QUIÉN FALLECE MÁS, LOS HOMBRES O LAS MUJERES CUANDO LLEGAN A NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS Y LOS DIAGNOSTICAMOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA?

MP Suárez Beke, P Lázaro Aragüés, JA Sánchez Nicolás,
I Pagán Gómez, JL Otero Uribe, R Quintanilla López,
P Piñera Salmerón

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

Palabras Clave: heart failure, gender, mortality

Objetivos:

La insuficiencia cardiaca aguda (ICA) es un motivo de consulta habitual en los servicios de urgencias y la principal causa de hospitalización en ancianos. Esto conlleva a un aumento de la mortalidad, uso del servicio de urgencias y gasto sanitario.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, descriptivo sin intervención en pacientes que acuden a nuestro servicio de urgencias en el periodo comprendido entre el 2012-2014 eligiendo dos meses aleatorios por año con diagnóstico de insuficiencia cardíaca aguda según los criterios de Framingham. Criterios de inclusión: mayores de 18 años, diagnóstico de insuficiencia cardíaca aguda y den su consentimiento firmado. Las variables a estudio fueron: sexo, mortalidad intrahospitalaria, mortalidad a los 30 días, mortalidad al año y mortalidad total comprendido en dicho periodo.

Resultados:

Durante los meses seleccionados del 2012-2014 consultaron 119 pacientes por insuficiencia cardíaca aguda de los cuales 57 fueron mujeres(47,9%) y 62 hombres (52,1%). La mortalidad intrahospitalaria fue de 13 pacientes (29,55%), hombres 46,15% y mujeres 53,85%. A los 30 días fallecieron 10 pacientes (22,73%) , 80% hombres y 20% mujeres. La mortalidad al año fue de 21 pacientes (47,72%) de los cuales 13 fueron hombres (61,9%) y 8 mujeres (38,1%). La mortalidad total fue de 44 pacientes (36,98%), 27 hombres (61,36%) y 17 mujeres(38,64%).

Conclusiones:

No objetivamos una gran diferencias en cuanto al sexo, de los pacientes que llegan a nuestro servicio de urgencias. En la mortalidad intrahospitalaria no se objetivaron grandes diferencias en cuanto al sexo. Sin embargo, en el seguimiento a los 30 días y al año, se observó un aumento de la mortalidad en hombres con respecto a mujeres, siendo el sexo un probable factor de riesgo de mortalidad por insuficiencia cardiaca aguda.

P-895

TRATAMIENTO BRONCODILATADOR EN URGENCIAS FRENTE A TRATAMIENTO DE BASE EN PACIENTE CON EPOC

MC Quesada Martínez Martínez, N Rodríguez García,
B de la Villa Zamora, D Fernández Camacho, M Córcoles Vergara,
P Piñera Salmeron, C Cinesi Gómez

Hospital Universitario Reina Sofía. Murcia

Palabras Clave: pulmonary disease chronic obstructive, therapeutics, bronchodilator agents

Objetivos:

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un problema de salud de gran magnitud y su agudización es una importante causa de morbilidad. Consume numerosos recursos con un aumento previsible de incidencia en un futuro inmediato.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en Hospital General con población de 200.000 habitantes y 275 urgencias/día. Se incluyeron 1167 pacientes atendidos con agudización EPOC entre Enero 2012 a Julio 2015 con FEV1 <70% comprobada. Se recogieron las variables: tratamiento domiciliario, en urgencias y al alta.

Resultados:

De los 1167 pacientes que cumplieron criterios de inclusión en el estudio, el tratamiento domiciliario broncodilatador que seguían previo a la agudización fue: b2 inhalados acción corta-rescate en 285 (24.5%) pacientes, b2 inhalados acción larga 71(6.1%) y 5 (0.4%) nebulizados. 87 (7.5%) recibían anticolinérgicos (AC) inhalados acción corta, 815 (69.8) AC acción larga y 25 (2.1%) nebulizados. 855 (73.3%) recibían tratamiento corticoideo inhalado y 5 (0.4%) nebulizado. Tras valoración en urgencias, se inició tratamiento en boxes con b2 inhalados en 19 (1.8%) pacientes y 781 (67%) nebulizados. 131 (11.2%) pacientes recibieron tratamiento con anticolinérgico inhalado y 854 (73.2%) con nebulizados. 121 (10.4%) pacientes recibieron corticoide inhalado, 440 (37.7%) nebulizado y 838 (71.8%) corticoide intravenoso. De los pacientes que consultaron, 371 (36.1%) fueron dados de alta sin ingreso y el tratamiento broncodilatador pautado fue: b2 inhalados acción corta en 259 (22.3%) pacientes, b2 inhalados acción larga 50(4.3%), b2 inhalados de rescate 112 (9.6%) y 41 (3.5%) nebulizados. 79(6.8%) pacientes recibieron tratamiento con AC inhalado de acción corta, 212 (18.2%) AC acción larga y 50(4.3%) con nebulizados. En 252(21.6%) se pautaron corticoides orales, 246 (21.1%) inhalados y 49 (4.2%) nebulizados.

Conclusiones:

En contra las GPC, donde el tratamiento principal son los broncodilatadores, en nuestra serie solamente un 65-75% recibieron broncodilatadores (beta2 o anticolinérgicos). El uso de corticoides fue mayoritariamente sistémico tal y como indican 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 urgencias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

O-896

CAPACIDAD PRONÓSTICA DE LA ASOCIACIÓN ENTRE ÍNDICE DE BARTHEL Y PNEUMONIA SEVERITY INDEX EN LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

A Alonso Morilla (1), A Riesgo García (1), P Herrero Puente (1), I Huerta Rodríguez (2), T Gómez Traveso (3), R Cenjor Martín (1)

(1) Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, (2) Medicsa, (3) Hospital de Medina del Campo

Palabras Clave: neumonía, pronóstico, mortalidad

Objetivos:

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), y una de las causas principales de hospitalización en los pacientes ancianos. En los últimos años se han desarrollado escalas pronósticas que ayudan a la toma de decisiones en estos pacientes. Ninguna de éstas contempla el estado funcional.

Material o pacientes y método:

El estudio piloto BI-PSI (índice de Barthel y escala PSI) es un estudio de cohorte retrospectivo y no intervencionista que incluyó 100 pacientes > de 70 años, atendidos en el SUH de un hospital de 3º nivel. Se recogieron datos basales de los pacientes, del episodio de NAC y de mortalidad a 30 días. Los pacientes se categorizaron según la escala PSI, y el grado de dependencia funcional basal utilizando el BI. Se realizaron curvas ROC de las escalas para predecir mortalidad y se comparó si existían diferencias significativas en cuanto a su capacidad discriminativa.

Resultados:

Se incluyeron 100 pacientes, de los que fallecieron 18 (mortalidad a 30 días: 18%). Se encontró una asociación directa significativa entre mortalidad y PSI=5 ($p<0,001$) y también con el grado de dependencia grave ($IB<60$) ($p<0,0001$). Se mantuvo la significación tras ajustar el modelo por ambas variables entre sí [$OR=17,72$ (IC 95=2,28-137,47) y $OR=11,18$ (IC 95=1,35-92,57), respectivamente]. Tanto la escala PSI como la utilización conjunta de BI y PSI (BI-PSI) mostraron curvas ROC significativas (AUC 0,74 (IC 95=0,64-0,85) y AUC 0,85 (IC 95=0,77-0,93) respectivamente. La mejora en el poder discriminativo que aportó la segunda respecto a la primera, también resultó estadísticamente significativa ($p=0,0001$).

Conclusiones:

La inclusión de la situación funcional según la escala de Barthel, a la escala pronóstica PSI para la neumonía adquirida en la comunidad, específicamente si el grado de dependencia es o no grave (escala BI-PSI), mejora significativamente el modelo.

O-897

COPROCULTIVOS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS. ¿HAY MARGEN DE MEJORA?

A Martín Quirós, A Martínez Virto, V Bagase, C Gutiérrez Mavárez, C Maroun Eid, S García Bujalance, M Quintana Díaz

Hospital Universitario La Paz. Madrid

Palabras Clave: stool, microbiology, quality control

Objetivos:

La diarrea es un motivo de consulta frecuente en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) conllevando un elevado número de coprocultivos, con una tasa de positivos baja. A pesar de ello, se ha investigado poco en este campo.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo con inclusión de todos los coprocultivos recibidos en Microbiología con resultado positivo procedentes del S. Urgencias desde enero hasta diciembre de 2014. Se incluyó una muestra aleatoria de coprocultivos negativos para realizar la comparación.

Resultados:

De un total de 780 coprocultivos, 72 fueron positivo (9.2%): *Salmonella* spp en 37 casos (51.4%), *Campylobacter* spp en 28 (38.9%), *Aeromonas* spp en 5 (6.9%) y *Yersinia* spp en 2 (2.8%). Tras su estancia en Urgencias, 54 pacientes (45.8%) fueron dados de alta, 39 (33.1%) ingresaron en Medicina Interna o Digestivo, 17 (14.4%) fueron seguidos en consultas externas y 1 paciente falleció (0.8%). Ningún paciente tuvo ingresos previo en los 2 meses anteriores. La edad media fue de 52 ± 22.8 años (48.3 ± 22.1 vs. 57.8 ± 22.9 para resultado positivo frente a negativo, $p=0.026$). No hubo diferencias en la distribución por sexos, en haber recibido antibioterapia previa ni en los días de diarrea. La presencia de fiebre fue más frecuente en aquellos con coprocultivo positivo (75.7% vs. 24.3%, $p=0.031$), así como en la frecuencia de deposiciones (9.4 ± 6.6 vs. 6.7 ± 3.4 , $p=0.019$). No hubo diferencias en la presencia de productos patológicos. En los parámetros analíticos, no se encontraron diferencias en los leucocitos totales ni en el desarrollo de fracaso renal. Sí la hubo en la proteína C reactiva (PCR) (87.8 ± 73.6 vs. 53.4 ± 67.9 , $p=0.013$). Finalmente, aquellos pacientes con resultado positivo estuvieron más tiempo en el S. Urgencias (1.51 ± 0.8 vs. 1.12 ± 0.4).

Conclusiones:

Menos del 10% de los coprocultivos solicitados por el S. Urgencias son positivos. *Salmonella* spp y *Campylobacter* spp son los patógenos más prevalentes en nuestro área. En nuestro estudio, variables relacionadas con positividad fueron: edad (pacientes más jóvenes), mayor número de deposiciones, valor de PCR mayor y presencia de fiebre. Finalmente, los pacientes con un resultado positivo tuvieron más tiempo en el S. Urgencias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

O-898

PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS SOBRE LA TÉCNICA DE EXTRACCIÓN DE HEMOCULTIVOS

C Herrero Benito, M Torres de Sebastián, A Martín Quirós,
A Torres Hidalgo, S Galindo Gómez, M Romero Gómez,
M Quintana Díaz

Hospital Universitario La Paz. Madrid

Palabras Clave: sepsis, microbiology, quality control

Objetivos:

Los hemocultivos (HC) son pruebas clave en pacientes con infección. Las tasas de contaminaciones oscilan en torno al 4%, siendo la causa multifactorial. Disminuir esta cifra puede conllevar una mejora en las tasas de supervivencia de los pacientes con infección.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional mediante cuestionario de respuesta múltiple anónimo sobre la percepción del personal de enfermería del servicio de urgencias del HULP que se distribuyó durante el mes de febrero de 2016.

Resultados:

De 94 enfermeros, respondieron a la encuesta 86(91.5%). La edad media fue de 35.4 ± 3.6 años. El 91.9% (n=79) fueron mujeres. El 64.0% (n=55) era personal interino, el 30.2% (n=26) fijo y el 5.8% (n=5) eventual. Todos completaron el cuestionario. El 93.0% (n=80) conocían la técnica y el 91.9% consideró necesario recibir sesiones sobre esta técnica. Las respuestas obtenidas fueron: Tiempo empleado: 5-10 minutos: 41.9% >10 minutos: 29% <5 minutos: 24.4% Técnica correcta en Servicio de Urgencias: Siempre: 0 Casi siempre: 15.1% Casi nunca: 34.9%. Nunca: 5.8% Motivos técnica incorrecta (respuesta múltiple): Desconocimiento técnica: 19.8% Desinterés: 14.4% Falta de tiempo: 38.7% Excesivas solicitudes: 27.0% Técnica estéril: Nunca: 32.6% Casi nunca: 17.4% Alguna vez: 18.6% Casi siempre: 10.5% Siempre: 20.9% Volumen de sangre por frasco: Hasta fin de vacío: 16.3% 10cc: 32.6% 5cc: 41.9% Según facilidad de extracción: 9.3% Definición de hemocultivos diferenciales: Las dos tandas habituales: 12.8% Hemocultivos a paciente con antibiótico: 5.8% Hemocultivo de venopunción periférica y de vía venosa central: 59.3% Antes y después de antibiótico: 9.3% Definición de hemocultivos en frío: Precisan de almacenamiento en nevera: 1.2% Procesamiento a $<10^{\circ}\text{C}$: 5.8% Extraído a paciente sin fiebre: 60.5% No existe este término: 15.1% Cuando emplear una vía periférica: Siempre: 10.5% Tras venopunción reciente: 62.8% Siempre tras desinfección: 15.1% Nunca: 8.1% Si la extracción se realiza con jeringa, que volumen extrae: 10 cc: 29.1% 20 cc: 54.7% 40 cc: 11.6% 60 cc: 4.7% Temperatura a la que está indicada la extracción: Depende de la clínica: 5.8% 38°C : 24.4% 37°C : 37.2% Pueden extraerse sin fiebre: 32.6% Los hemocultivos en S. Urgencias son: No indicados: 0 Innecesarios: 3.5% Excesivos: 79.1% Adecuados: 16.3% Porcentaje de contaminación de hemocultivos procedentes del S. Urgencias: >75%: 19.8% 50-75%: 31.4% 10-25%: 29.1% <10%: 15.1% Desconoce: 4.7%

Conclusiones:

A la vista de los resultados, existe un amplio margen de mejora en el conocimiento del personal de enfermería de la técnica de extracción de hemocultivos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

P-899

VALIDEZ Y SEGURIDAD DE LA PRUEBA DE DETERMINACIÓN CUANTITATIVA DEL DÍMERO D CON MÉTODO INMUNOTURBIDIMÉTRICO EN EL DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL Y PUNTO DE CORTE VÁLIDO Y SEGURO PARA LA PRUEBA

FJ Ródenas Tárraga, B Paderne Díaz, A Santos de Vera, A. Vergaz Ballesteros, A Andrés Valero, B Benito Pasamontes, PL Ramírez Cabello

Urgencias. Hospital de Móstoles. Madrid

Palabras Clave: pulmonary embolism, diagnosis, fibrin fragment D, sensitivity and specificity

Objetivos:

En pacientes con sospecha de TEP y baja o intermedia probabilidad pretest, un valor del DD > 500 g/L indica la realización de una TAC de arterias pulmonares (TACAP). Un punto de corte mayor ahorraría costes y iatrogenia.

Material o pacientes y método:

Se calcula un tamaño muestral para un nivel de confianza al 95% y precisión del 4% para pruebas diagnósticas de 527 pacientes. Se recogen retrospectivamente 635 pacientes consecutivos mayores de 14 años a los que se realiza TACAP por sospecha de TEP y probabilidad baja o intermedia según Score de WELLS y DD > 500 g/L. Las variables de estudio son: Valor DD, DD mayor del punto de corte calculado (sí/no) y TEP (sí/no). Se calcula la sensibilidad, especificidad, probabilidad postprueba, VPP y VPN. Se construye la curva ROC y se halla el punto de corte que permite mantener la mayor sensibilidad posible.

Resultados:

Tuvieron TEP 109 pacientes (17,2%, IC 95%, 14,3%-20,1%). La edad media de los pacientes con TEP fue de 65,50 años (IC 95%, 62,35-68,66) y los que no tuvieron TEP de 65,37 (IC95%, 63,85-66,85). El área bajo la curva ROC fue de 0,798 (IC95%, 0,752-0,845) y el punto de corte es de 520 g/L para una sensibilidad del 99,1%. La sensibilidad del test fue de 99,08% (IC95%, 97%-100%) y la especificidad de 7,9% (IC95%, 5,6%-10%). La Pr postpr de no TEP si DD < 520 g/L fue del 100% para los de baja probabilidad y del 95,5 % para los de probabilidad intermedia. El VPP fue del 18,2% (IC95%, 15,1%-21,3%) y el VPN del 97,6% (IC95%, 93,1%-100%). El poder predictivo de positividad de la prueba fue de 1,06 y el predictivo de negatividad de la prueba de 0,12. Este punto de corte hubiera ahorrado 24 TACAP (4,7%)

Conclusiones:

En mayores de 14 años y filtrado glomerular mayor de 60%, el test cuantitativo de DD con el punto de corte 520 g/L es válido y seguro y disminuye en un 4,7% la tasa de falsos positivos.

P-900

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI POR SEPSIS SEGÚN SU PRIMER CONTACTO CON EL SISTEMA SANITARIO

B Antón González, J Álvarez Manzanares, R López Izquierdo, JM Hernández Gajate, JR Oliva Ramos, R Castellanos Flórez

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Palabras Clave: sepsis, urgencias médicas, tiempo de tratamiento

Objetivos:

Los últimos años se ha demostrado que la sepsis es una entidad con pronóstico tiempo-dependiente. Se ha investigado poco acerca del papel de los servicios médicos prehospitalarios en el manejo precoz de la sepsis.

Material o pacientes y método:

Análisis Descriptivo retrospectivo. Ámbito: Urgencias Hospitalarias. Criterios inclusión: pacientes >14 años ingresados en UCI desde SUH que fueron diagnosticados de sepsis al alta de UCI, año 2014. Criterios exclusión: Traslados interhospitalarios. Variables: Edad, género, contacto medico pre-hospitalario (CMP), forma de llegada al hospital: propios medios (PM), soporte vital básico (SVB), soporte vital avanzado (SVA), cumple criterios de gravedad en SUH (TAM < 70 y/o Lactato > 4) (CG), sueroterapia prehospitalaria, mortalidad hospitalaria (MH). Comparación variables cuantitativas: t-student,, cualitativas: Chi-cuadrado. Software: SPSS 20.0. p < 0,05.

Resultados:

N: 37, Edad Media: 65,7 años(14,96), Varón: 56,2%. CMP: Sí: 26(70,3%). Edad media CMP: 64,11(16,1), No CMP: 69,4(11,64) p > 0,05. Genero: CMP: varón: 66,7%, mujer: 75,0% p > 0,05. CG: 75,7%, de ellos el 75% presentó CMP. Forma de llegada CMP: PM: 38,5%, SVB: 42,3%, SVA: 19,2%. De los que presentaban CG y habían hecho un CMP, acudieron: PM: 38,1%, SBV: 47,6% y SVA: 14,3%. Administración de suero extrahospitalario CMP: 26%. Según forma de llegada: PM: 0%, SVB: 18,2%, SVA: 100%. MH global: 5 (13,5%), 4 de ellos habían tenido CMP (80%) y de éstos, 2 pacientes acudieron por PM, 1 en SVB y 1 en SVA, p > 0,05.

Conclusiones:

La mayoría de los pacientes que ingresaron en UCI por sepsis habían tenido un CMP, incluidos los que cumplían los criterios de gravedad estudiados. Sin embargo, muy pocos pacientes fueron enviados en SVA y recibieron un cristaloiide en el ámbito extrahospitalario. Se debería reforzar la formación en sepsis y valorar la creación de un código sepsis que englobara al personal sanitario de Atención Primaria y Emergencias Sanitarias en el manejo pre-hospitalario de esta patología.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

O-901

ADHESIÓN A UN CÓDIGO SEPSIS EN URGENCIAS

G Rocamora Blanch, G Lladós Bertrán, JM Mòdol Deltell,
N Robert Boter, C Elduque Mora, A Carreres Molas

Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

Palabras Clave: código sepsis, sepsis, urgencias

Objetivos:

En nuestro medio la sepsis tiene una prevalencia estimada de 212,7/100.000 habitantes/año y una mortalidad estimada del 21%. En 2015 se inició el Código Sepsis (CS) con el objetivo de identificar de forma precoz a estos pacientes y mejorar la supervivencia mediante un manejo homogéneo y recortado en el tiempo similar a otros códigos ya existentes.

Material o pacientes y método:

Estudio prospectivo de los pacientes que acuden a urgencias con activación del CS en un hospital terciario con un área de influencia de 800.000 habitantes de Mayo a Octubre del 2016. No se incluyen los pacientes derivados de otros centros.

Resultados:

Se preactivaron 79 pacientes de los cuales 9 no se confirmaron. De los 70 pacientes restantes la edad media fue 68 años (DE 17) con un 57% de varones. Un 79% de las activaciones se realizaron en días laborables y sólo un 21% en el turno de noche. El tiempo medio desde la llegada hasta la activación fue de 36 minutos. Criterio de activación: hipotensión (Tas: 90 mmHg) 61,5%, saturación de O₂: 92% 38%, lactato: 3 48,3% y disminución del nivel consciencia 33,9%. Cumplimiento: Hemocultivos en la 1ª hora 95%, antibiótico en la 1ª hora 76,9%, administración 2 litros de sueros en 3h 54,5%. Resultados: TAM: 65 (a las 6h) 49,2%, FC <110x? (6h) 87,7%, Saturación O₂: 92% (6 h) 90,7%, Diuresis: 0,5 ml/Kg/h 73,8%, disminución lactato 10% (6h) 78%. Evolución: requirieron tratamiento con vasopresores (noradrenalina) un 23,2%, ingreso en unidad de críticos 13%, mortalidad a los 30 días 4,3%.

Conclusiones:

Se activan menos CS que la incidencia estimada, especialmente en festivos y en el turno de noche. Globalmente, la adherencia al código es elevada, pero existe un margen de mejora en la administración de líquidos y en la resolución temprana de la hipotensión. La mortalidad y los ingresos en unidades de críticos son menores de lo esperado.

P-903

ANTIBIOTERAPIA UTILIZADA EN PACIENTES QUE ACTIVARON UN CÓDIGO SEPSIS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

DA Gil Loayza, J Álvarez Manzanares, R López Izquierdo,
JR Oliva Ramos, P Royuela Ruiz, H Bergaz Díez

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Palabras Clave: antibiótico, sepsis, terapia

Objetivos:

Usar la antibioterapia adecuada de forma precoz en los pacientes sépticos es fundamental para disminuir su mortalidad.

Material o pacientes y método:

Análisis descriptivo retrospectivo. Ámbito: SUH. Criterios inclusión: Pacientes que activaron Código Sepsis en un SUH noviembre 2013-septiembre 2015. Criterios exclusión: pacientes en que se descartó infección. Variables: foco infeccioso: respiratorio (IRVB), urológico (ITU), intraabdominal (IIA), piel y tejidos blandos (IPTB), neutropenia febril (NF), otros, foco desconocido(FD), AA: Quinolona respiratoria (QR), Ciprofloxacino (Cip), Cefalosporina 2ª Generación-3ª Generación (Cef2G3G), Carbapenem 1ºG (Carb1G), Ertapenem (Ert), Piperacilina-Tazobactam (PT), amoxiclavulánico (AC). Monoterapia, dos, tres o más antibióticos. MH. Comparativa variables cuantitativas: t-student, cualitativas: chi-cuadrado. Software: SPSS 20.0. p<0,05.

Resultados:

N: 331. Edad media: 72,6(18,0). Género Varón 54,1%. AA en monoterapia: n= (%). Carb1G: 25,8%, QR: 21,5%, Cef2G3G: 19,3%. AA/foco: IRVB: QR: 50%, carb1G: 23,7%. ITU: Cef2G3G: 35,2%, Carb1G: 29,6%, IIA: PT: 38,9%, Carb1G: 27,8%. IPTB: AC: 75%, Ert: 12,5%. Otros: AC: 50%, NF: Carb1G: 42,9%. FD: Carb1G: 28,9%, Cef2G3G: 26,7%. AA en combinación: n= 77(22,7%): Ceftriaxona-levofloxacino: 20,8%, Imipenem-Amikacina: 5,2%, Ceftriaxona-gentamicina: 5,2%.

Conclusiones:

En un porcentaje significativo de pacientes se asociaron antibióticos, principalmente buscando cubrir todo el espectro en pacientes con pronóstico grave. Aún así, en la neutropenia febril se usaron asociaciones en un porcentaje bajo de pacientes, siendo ésta una de las indicaciones de asociar para cubrir todo el espectro. El AA más usado fueron los carbapenems de 1ºG, seguidos de las Quinolonas respiratorias. Según foco en las IRVB se siguen utilizando principalmente quinolonas, pero se ve en las ITU un descenso de su uso debido a las resistencias crecientes. En el resto, también son los betalactámicos con espectro contra microorganismos resistentes los más utilizados.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

O-904

REALIZACIÓN DE GASOMETRÍAS EN PACIENTES ATENDIDOS POR REAGUDIZACIÓN DE EPOC EN URGENCIAS

B de La Villa Zamora, D Fernández Camacho, M Córcoles Vergara, MC Quesada Martínez, N Rodríguez García, P Piñera Salmerón

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

Palabras Clave: blood gas analysis, pulmonary disease, chronic obstructive, emergencies

Objetivos:

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es un trastorno pulmonar que se caracteriza por una obstrucción de las vías respiratorias generalmente progresiva e irreversible. Las guías de práctica clínica (GPC) recomiendan valorar la gravedad del episodio, para lo cual proponen una clasificación que identifica el riesgo de muerte si la agudización es grave o muy grave. Dos de estos criterios son la hipercapnia ($\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$) y la acidosis respiratoria ($\text{pH} < 7.30$). Conocer estos datos influye además en el tratamiento posterior. Así, es importante realizar gasometrías a los pacientes que presenten dicha patología.

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 la realización de gasometría a todos los enfermos graves y muy graves que consultan con agudización de la EPOC de enero de 2012 a junio de 2015 y los valores de PaCO_2 y pH.

Resultados:

Valorados 1173 pacientes, 539 (45.95%) presentaban FEV 30-50% y 282 (24.04%) presentaba FEV $< 30\%$. Se realizó gasometría a 1058 (90.19%). De los pacientes con FEV 30-50%, a 447 (82.93%) se les solicitó gasometría, teniendo 39 (8.72%) una $\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$ y 29 (6.49%) de ellos un $\text{pH} < 7.30$. De los pacientes con FEV $< 30\%$ a 207 (73.4%) se les solicitó gasometría, teniendo 25 (12.07%) una $\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$ y otros 25 (12.07%) un pH.

Conclusiones:

La realización de gasometría a pacientes que acuden por agudización es mejorable si nos atenemos a las recomendaciones de las GPC, sobre todo en los pacientes muy graves. Los resultados que aporta la gasometría ayudan a conocer la gravedad del paciente e influyen en su posterior tratamiento, es importante que se realice a los enfermos de EPOC que acuden a urgencias por una agudización tal y como recomiendan las GPC.

O-905

MANEJO ANTIBIÓTICO AL ALTA DE URGENCIAS EN PACIENTES CON AGUDIZACIÓN DE LA EPOC SEGÚN GRAVEDAD

D Fernández Camacho, M Córcoles Vergara, MC Quesada Martínez, N Rodríguez García, B de la Villa Zamora, P Piñera Salmerón, C Cinesi Gómez

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

Palabras Clave: pulmonary disease, chronic obstructive, symptom flare up, anti, bacterial, agents

Objetivos:

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad progresiva, irreversible, caracterizada por la obstrucción crónica al flujo aéreo. La utilización de antibióticos en las agudizaciones de la EPOC (AEPOC) tiene indicaciones precisas reflejadas en las últimas Guías de Práctica Clínica, aunque existe controversia.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, retrospectivo desarrollado en el Hospital General Universitario Reina Sofía. Se incluyeron los enfermos diagnosticados de EPOC mediante espirometría que acudieron por AEPOC entre Enero-2012 y Julio-2015. Se analizó el tratamiento antibiótico prescrito al alta y su relación con el estadio de gravedad según GOLD (FEV $> 80\%$ leve, 50-80% moderado, 30-50% grave y $< 30\%$ muy grave).

Resultados:

Valoramos 1029 pacientes con AEPOC. Recibieron tratamiento antibiótico el 35% de pacientes con FEV $> 80\%$ (20 pacientes), el 33,8% con FEV 50-80% (290 pacientes), el 31,2% con FEV 30-50% (446 pacientes) y el 23,4% con FEV $< 30\%$ (273 pacientes). El 9,6% fue dado de alta con Amoxicilina/Clavulánico, 6,7% Moxifloxacino, 13,7% Levofloxacino, 1,5% Ciprofloxacino, 0,9% Cefditoren, 0,2% Ceftriaxona, 0,9% Cefalosporina activa frente a Pseudomonas y 3% con otros antibióticos y el resto fue dado de alta sin antibiótico o fueron ingresados.

Conclusiones:

El Levofloxacino fue el antibiótico más empleado, seguido de amoxicilina/clavulánico, correspondiéndose en gran medida con lo indicado en las Guías de Práctica Clínica. Atendiendo a la gravedad, destacamos que en el caso de pacientes con estadio muy grave (FEV $< 30\%$) y grave (FEV 30-50%) sólo se prescribe tratamiento al alta en un 23,4% y 31,2% de los casos respectivamente. Esto podría explicarse por el hecho de que la mayor parte de pacientes con estadio avanzado de la enfermedad son ingresados, siendo dados de alta sólo aquellos con una situación clínica estable y, en principio, sin criterios de antibioterapia. Sería interesante ampliar el estudio para valorar estos resultados.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

O-906

TRIAJE SEGÚN EDAD Y HOSPITALIZACIÓN EN URGENCIAS EN PACIENTES CON AGUDIZACIÓN DE LA EPOC

D Fernández Camacho, MC Quesada Martínez, N Rodríguez García, B de la Villa Zamora, M Córcoles Vergara, P Piñera Salmerón, C Cinesi Gómez

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

Palabras Clave: pulmonary disease, chronic obstructive, symptom flare up, triage

Objetivos:

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad progresiva e irreversible que se caracteriza por la obstrucción crónica al flujo aéreo. El desarrollo de exacerbaciones y comorbilidades pueden incrementar su gravedad.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, retrospectivo en Urgencias del Hospital General Universitario Reina Sofía. Se incluyeron enfermos con diagnóstico de EPOC que acudieron por agudización entre Enero-2012 y Junio-2015. Se analizó la clasificación de triaje Manchester (Nivel 1-Resucitación- Rojo: atención inmediata, Nivel 2-Emergencia-Amarillo: espera de 10-15 minutos, Nivel 3-Urgencia-Naranja: espera de 60 minutos, Nivel 4- Urgencia menor-Verde: espera de 2 horas) y su relación con la edad (>75 años y <75 años) y con el ingreso hospitalario.

Resultados:

Un total de 1021 pacientes consultaron por AEPOC. Se clasificaron según triaje en: Nivel 1, 52 (5.1%), Nivel 2, 116 (11.4%), Nivel 3, 839 (82.2%) y Nivel 4, 14 (1.4%). Según edad <75 años (503 pacientes): Nivel 1, 28 (5.6%), Nivel 2, 56 (11.1%), Nivel 3, 412 (81.9%) y Nivel 4, 7 (1.4%). Los de >75 años (518) se clasificaron en: Nivel 1, 24 (4.6%), Nivel 2, 60 (11.6%), Nivel 3, 427 (82.4%) y Nivel 4, 14 (1.4%). En relación a los ingresos: Nivel 1, 95.7%, Nivel 2, 64.3%, Nivel 3, 55.2% y Nivel 4, 50%.

Conclusiones:

No existen diferencias significativas en los niveles de triaje según edad. Existe una correlación en los resultados entre nivel de triaje e ingresos siendo los pacientes clasificados con Nivel 1 los que tienen mayor porcentaje de ingreso (95.7%) y los de Nivel 4 los de menor porcentaje (50%). Llama la atención que hasta un 50% de pacientes con Nivel 4 ingresen lo que puede desvelar un problema en la clasificación con ciertos enfermos. Por tanto podemos decir que el nivel de clasificación a su llegada a Urgencias está en consonancia con la gravedad si exceptuamos los pacientes con Nivel 4.

P-907

VACUNACIÓN, O2 DOMICILIARIO Y TRATAMIENTO BRONCODILATADOR SEGÚN LA EDAD EN PACIENTES CON EPOC

MC Quesada Martínez, B de la Villa Zamora, D Fernández Camacho, M Córcoles Vergara, N Rodríguez García, P Piñera Salmerón, C Cinesi Gómez

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

Palabras Clave: pulmonary disease chronic obstructive, oxygen inhalation therapy, vaccination

Objetivos:

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un problema de salud de gran magnitud y su agudización es una importante causa de morbilidad. Consume numerosos recursos con un aumento previsible de incidencia en un futuro inmediato.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en Hospital General con población de 200.000 habitantes y 275 urgencias/día. Se incluyeron 1167 pacientes atendidos con agudización EPOC entre Enero 2012 a Julio 2015 con FEV1 <70% comprobada. Se recogieron las variables: vacunación, oxigenoterapia domiciliaria y tratamiento broncodilatador al alta.

Resultados:

De 1167 pacientes que cumplieron criterios de inclusión en el estudio, 595 (50.98%) recibieron vacunación, agrupando según edad, 1003 son ≥ 65 años, 51 (5.08%) recibieron vacuna contra la gripe, 436 (43.36%) contra gripe A y 37 (3.68%) antineumocócica. 196 son < 65 años, 16 (9.46%) fueron vacunados de gripe, 44 (26.03%) de gripe A y 11 (6.50%) antineumocócica. Agrupando por edad, observamos que 594 (51.16%) son > 75 años y 567 (48.8%) < 75 años. De los ≥ 75 años recibían oxigenoterapia domiciliaria un 237 (39.89%) en comparación con 175 (30.86%) en < 75 años. De los paciente que recibieron tratamiento broncodilatador al alta 914 (78.72%), 458 (77.1%) eran > 75 años y 456(49.9%) <75 años. No recibieron tratamiento 247 (21.27%), de ellos 136(22.9%) ≥ 75 años y 111(19.6%) <75 años.

Conclusiones:

En contra de lo que indican las GPC sobre la recomendación de vacunación en pacientes EPOC en > 65 años para reducir el riesgo de complicaciones, en nuestra serie sólo 43.3% pacientes recibieron vacuna contra gripe A, 5.08% contra gripe y 3.68% antineumocócica. De igual forma y en contra de las recomendaciones, en nuestra serie solamente 77.1% de los > 75 años recibieron broncodilatadores, objetivándose más notablemente este error terapéutico en <75 años donde únicamente recibieron tratamiento 456(49.9%). El uso de O2 domiciliario resulta superior en > 75 años respecto a los menores. 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 urgencias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

P-908

SEGÚN DISFUNCIÓN CARDIACA, QUÉ GRUPO TIENE MAYOR MORTALIDAD DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA

MP Suárez Beke, P Lázaro Aragüés, JA Sánchez Nicolás, I Pagán Gómez, A Martínez García, E Tomás Jiménez, P Piñera Salmerón

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

Palabras Clave: heart failure, emergency department, mortality

Objetivos:

La insuficiencia cardíaca aguda (ICA) es un motivo de consulta habitual en los servicios de urgencias y la principal causa de hospitalización en ancianos. Esto conlleva a un aumento de la mortalidad, uso del servicio de urgencias y gasto sanitario.

Material o pacientes y método:

Es un estudio observacional, descriptivo sin intervención en pacientes que acuden a nuestro servicio de urgencias en el periodo comprendido entre el 2012-2014 eligiendo dos meses aleatorios por año, con diagnóstico de insuficiencia cardíaca según los criterios de Framingham. Dentro de los criterios de inclusión, incluimos a pacientes mayores de 18 años, con insuficiencia cardíaca aguda y den su consentimiento firmado. Las variables a estudio fueron: sexo, tipo de insuficiencia cardíaca según ecocardiografía previa descrita en su historia clínica (sistólica, diastólica, mixta o desconocida) y mortalidad intrahospitalaria.

Resultados:

Durante los meses seleccionados del 2012-2014 consultaron 119 pacientes por insuficiencia cardíaca aguda, de los cuales 57 fueron mujeres (47,9%) y 62 hombres (52,1%). Según el tipo de disfunción cardíaca: 31 pacientes (26%) presentaron insuficiencia sistólica, 10 pacientes (8,5%) insuficiencia diastólica, 52 pacientes (43%) insuficiencia mixta y 26 pacientes (21,84%) de origen desconocido. La mortalidad intrahospitalaria fue del 10,93% (13 pacientes: 6 hombres y 7 mujeres), dentro de este grupo, 2 presentaron disfunción sistólica (15,38%), 2 diastólica (15,38%), 4 mixta (30,77%) y 5 desconocida (38,67%). La mortalidad intrahospitalaria respecto al total de todos los pacientes que se diagnosticaron de insuficiencia cardíaca en nuestro servicio de urgencias, se objetivó que el 20% tenían insuficiencia cardíaca diastólica, 6,45% disfunción sistólica y 7,69% disfunción mixta.

Conclusiones:

No objetivamos una gran diferencias en cuanto al sexo. La insuficiencia cardíaca diastólica podría ser un factor de riesgo de mortalidad intrahospitalaria. Casi la mitad de los pacientes con ecografía previa, tienen una insuficiencia cardíaca mixta. La mortalidad intrahospitalaria por ICA es del 10,93%, siendo muy baja respecto a la mortalidad total. No se observan diferencias entre la mortalidad intrahospitalaria por IC sistólica y mixta.

P-909

PATRONES DE RESISTENCIA BACTERIANA EN LAS INFECCIONES URINARIAS

S Ramírez Abril, J González Muñoz, A Saliotti Rodríguez, L Sánchez Caballero, C Díaz Olaizola, F Casarramona Lobera, MD Cárdenas Ramos

Consorci Sanitari del Maresme. Barcelona

Palabras Clave: resistencia, antibióticos, sensibilidad

Objetivos:

La infección urinaria es motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias. La infección microbiana causa el 95% de los casos, siendo *Escherichia coli* el microorganismo más frecuente y, con menor frecuencia, otras enterobacterias. En las guías actuales existen diferentes pautas de tratamiento antibiótico.

Material o pacientes y método:

Hemos realizado un estudio observacional, prospectivo y descriptivo en un servicio de urgencias hospitalario durante 3 meses (entre octubre 2013 y diciembre 2013) obteniendo 562 pacientes que consultaron en el servicio por síndrome miccional.

Resultados:

Se ha constatado que, en nuestro medio, *Escherichia coli* presenta un 64% de resistencia a ampicilina, 32% a ácido nalidixico y 28% a trimetoprim-sulfametoxazol. *Staphylococcus saprophyticus* presenta un 96% de resistencia a fosfomicina y 87% a penicilina. *Klebsiella pneumoniae* presenta 23% de resistencia a ciprofloxacino y 19% a nitrofurantoina, fosfomicina y gentamicina. Por último, *Proteus mirabilis* presenta 38% de resistencia a ampicilina y 33% a trimetoprim-sulfametoxazol.

Conclusiones:

En nuestro medio encontramos microorganismos con elevado porcentaje de resistencias nada despreciables a antibióticos de amplio espectro, como *Escherichia coli* y *Proteus mirabilis* a trimetoprim-sulfametoxazol.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

O-910

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA URGENTE EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO

E Portugal Rodríguez, JM Ayuela Azcárate, M del Valle Ortiz, JL López Martínez, O Badallo Arévalo, R Portugal Rodríguez, JA Fernández Ratero

Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: embolia pulmonar, trombectomía, diagnóstico

Objetivos:

El tromboembolismo pulmonar agudo (TEP) masivo, es una urgencia cardiovascular con alto riesgo de mortalidad en las primeras horas de su llegada a urgencias, estimándose entre el 65-95% de los pacientes, a pesar de los avances terapéuticos actuales. La trombectomía mecánica (TEM) es una opción al tratamiento quirúrgico, en pacientes altamente inestables que presentan TEP, disponible en nuestro centro, cuando la trombolisis está contraindicada o resulta ineficaz.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, observacional de los pacientes que acuden a urgencias de nuestro centro hospitalario por TEP de alto riesgo (según PESI) entre (1/1/10 y 1/3/16) y que son sometidos a TEM. Variables analizadas: epidemiológicas, clínicas, diagnósticas, tratamiento y mortalidad.

Resultados:

El 6,7% de los pacientes que ingresaron fueron sometidos a TEM (57,14% varones). Edad media 74,57 ($\pm 7,76$). Tenían antecedentes de neoplasia 42,8% y TEP o trombosis previa el 28,5% de los casos. La clínica predominante fue la disnea brusca en el 57% de los pacientes. El diagnóstico clínico se confirmó mediante AngioTC en el 71,4% de los casos y en el resto mediante ecocardiografía evidenciando la presencia de trombos. El 43%, presentaba contraindicaciones para fibrinólisis, el resto, fueron sometidos a la misma, resultando ineficaz. La trombectomía por aspiración fue eficaz en el 85,7% de los casos, precisando todos los pacientes ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI). La supervivencia fue del 42,8% de los casos.

Conclusiones:

Según nuestros datos, la existencia de TEP e inestabilidad hemodinámica, asociado a fibrinólisis fallida o contraindicada, hizo que la trombectomía mecánica se planteara como única alternativa posible para cambiar el curso de la enfermedad. El diagnóstico precoz en urgencias, manejo en UCI, junto con la existencia de un equipo de radiología intervencionista en nuestro centro capaz de realizar la técnica, fue clave para la supervivencia de este grupo de pacientes.

P-911

¿ES LA PATOLOGÍA INFECCIOSA LA CAUSA MÁS FRECUENTE DE CONSULTA Y MORTALIDAD DEL PACIENTE INFECTADO POR EL VIH EN UN SERVICIO DE URGENCIAS?

O Escoda Turón, S Camón, N Saubí, C Quirós, S Peña, C Sánchez, R Perelló

Servicio de Urgencias. Hospital Clínic. Barcelona

Palabras Clave: VIH, infección respiratoria, sida

Objetivos:

Con la introducción del TAR, el paciente VIH ha experimentado una mejoría en calidad de vida, con una disminución de la morbimortalidad. Ello ha conllevado a la aparición de patologías no infecciosas, que hasta ahora predominaban en población general y que no se diagnosticaban antes porque los pacientes morían antes de manifestarlas.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo de 10 años evolución (2004-2014). Se recogió el primer episodio de pacientes con diagnóstico de VIH conocido (previamente o durante su ingreso) que acudieron a nuestro SU por cualquier patología. Se analizaron una serie de variables epidemiológicas, clínicas, de laboratorio, el motivo de consulta, la necesidad de ingreso en UCI y la mortalidad a 30 días. Los cálculos estadísticos se realizaron mediante el programa SPSS versión 18.0.

Resultados:

Se incluyeron 445 pacientes VIH. La edad media fue de $40,92 \pm 10$. Un 74% eran varones, 52% cumplían criterios de SIDA. Un 14% precisaron ingreso en UCI. La patología infecciosa fue la causa más frecuente en un 55% de consultas al SU, y dentro de ella fue la patología respiratoria. La afectación neurológica en un 8%, fue la causa más frecuente de consulta de patología no infecciosa. La mortalidad global de la serie fue del 8%, a expensas de patología infecciosa, y dentro de ellas la respiratoria. En cuanto al estudio comparativo entre pacientes que fallecen o no los primeros 30 días, los pacientes sin tratamiento con TARGA, que cumplen criterios de SIDA y que ingresan en la UCI tienen mayor mortalidad ($p < 0,003$, $p < 0,002$ y $p < 0,001$ respectivamente) en el análisis univariado. Si bien el análisis de regresión logística, mostró que la única variable que predice mortalidad a 30 días fue el requerimiento de ingreso en UCI ($p < 0,001$, $\exp(B) = 14,41$, CI 95% 5,30-38,66).

Conclusiones:

La patología infecciosa, y dentro de ella la infección respiratoria es la causa más frecuente de consulta del paciente VIH en la actualidad, cumpla o no criterios de SIDA, a un SU, así como de mortalidad.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

O-912

ADECUACIÓN DE LAS GASOMETRÍAS ARTERIALES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

P Javaloyes Victoria (1), I Bañó Alba (2), A Gil Rodrigo (3), D Díez Herrero (4), RM Miñarro García (5), B Peñalver Pastor (5)

(1) Hospital Vega Baja de Orihuela, (2) Hospital del Vinalopó, (3) Hospital General de Alicante, (4) Hospital de San Juan, (5) Hospital Vega Baja de Orihuela

Palabras Clave: gasometría, disnea, urgencias

Objetivos:

La gasometría arterial es una técnica de monitorización respiratoria invasiva y conlleva un riesgo de eventos adversos, a pesar de ello es una de las exploraciones complementarias más frecuentemente solicitadas, ya que es barata y de fácil interpretación. Un problema presente en los servicios de urgencias (SU) y en la práctica habitual es la elevada proporción de gasometrías arteriales que son catalogadas como innecesarias.

Material o pacientes y método:

Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo en cuatro SU de Alicante. Se revisaron todas las gasometrías arteriales realizadas en el SU durante un periodo de 7 días en el mes de julio del 2015, incluyendo a todos los pacientes mayores de 14 años, obteniendo un total de 265 pacientes.

Resultados:

Se revisaron 265 pacientes a los que se les solicitó gasometría arterial en los SU de los cuales el 50.8% son varones, con una media de edad de 73 (+/-16) años. El 59.2% de las gasometrías arteriales solicitadas no se adecuan a los criterios que aconsejan las guías actuales. Tras realizar el estudio multivariante se objetivaron cinco variables que favorecen la adecuación de la solicitud de la gasometría arterial, que el paciente impresione de gravedad a su llegada al SU ($p < 0.001$ OR 6,6 IC 3,866-11,532), trabajo respiratorio ($p < 0.001$ OR 11,435 IC 6,37-20,529), uso de musculatura accesoria ($p < 0.001$ OR 38,75 IC 9,0-165,3), paradoja abdominal ($p < 0.001$ OR 13,388 IC 4,537-39,500) y el uso de VNI ($p < 0.001$ OR 39,907 IC 5,287-301,20).

Conclusiones:

En nuestro estudio más de la mitad de las gasometrías arteriales solicitadas en los SU resultaron ser inadecuadas, creemos que este resultado se podría mejorar con la elaboración de guías consensuadas y fáciles de interpretar para ser utilizadas en los servicios de urgencias.

O-913

ESTUDIO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL EN UGC URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M Vaquero de Sedas, JL Pérez Alonso, AM Prados Gallardo, I Blas Esquivias, E Oncala Sibajas, R Vera Cruz

Hospital Universitario Virgen Macarena Sevilla. Sevilla

Palabras Clave: embolia y trombosis, tromboembolismo venoso, tromboflebitis

Objetivos:

La trombosis venosa superficial (TVS) es una trombosis localizada en una vena del sistema superficial. Habitualmente afecta a las extremidades inferiores, más frecuente sobre venas varicosas (VV), (88%), también afecta a venas no varicosas (VNV), (12%). En el 60-80% de los casos se localiza a nivel de la safena interna, el 10-20% en safena externa. Bilateral en el 5-10%. La TVS se puede asociar a trombosis venosa profunda (TVP) en el 20% y embolia pulmonar (sintomáticas 2-4%), con mayor frecuencia TVS sobre VNV. El tratamiento se basa en la administración de HBPM/Fondaparinux como demuestra el estudio CALISTO y recomienda ACCP.

Material o pacientes y método:

Pacientes diagnosticados de TVS en U.G. C Urgencias del H.U.V. Macarena-Sevilla durante el año 2015. La información de cada paciente se registro en una hoja de cálculo Excell, seguido del análisis de la información.

Resultados:

Se recogieron 85 pacientes, 41.2% fueron varones y 58.8% mujeres. Edad media 58.2 años (29-92 años). El 60% sobre VV, de ellas 85% unilateral, 15% bilateral. El 40% sobre VNV, de ellas 94% unilateral y 6% bilateral, 40.6% proximal y 59.3% distal. De las VNV se realizó despistaje de neoplasia en el 46.8%, encontrándose neoplasia en el 20% de ellas. Se encontraron factores de riesgo para ETV en 28% y trombofilia en el 31.2%. Se encontró asociación con TVP en el 50.5% y TEP en 3.5%. El tratamiento se realizó con dosis profilácticas HBPM 11.7%, dosis intermedia 17% y ACO 41%.

Conclusiones:

1. Frecuencia de TVS ligeramente más elevada en mujeres, rango de edad muy disperso. 2. Mayor frecuencia sobre VV, predominio unilateral y distal. 3. No es una patología benigna, asociación del 50% con TVP y 3.5% TEP. 4. VNV relacionada con neoplasias, factores de riesgo y trombofilia. 5. Tratamiento con ACO en alta proporción, justificado por elevada asociación con TVP (pacientes diagnosticados en S. Urgencias hospitalarias).



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

O-914

SEPSIS, UCI Y CHECKLIST EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS

D Díez Herrero, E Díaz Fernández, JJ García Aldave, A Krompiewski Fernández

Servicio Urgencias. Hospital San Juan de Alicante. Alicante

Palabras Clave: sepsis, urgent care clinic, checklist

Objetivos:

Dada la importancia de la sepsis dentro de las patologías más prevalentes de urgencias hemos decidido investigar cuál es nuestra situación actual con el objetivo de mejorar nuestras actuaciones.

Material o pacientes y método:

Recogida de datos de pacientes que han sido dados de alta de nuestro hospital durante los meses de Enero a Abril de 2015. Para este ejercicio ha sido necesario el uso de 3 programas informáticos de gestión clínica (MIZAR, ORION y ABUCASIS) y el servicio de documentación.

Resultados:

Se han establecido parámetros analíticos y clínicos de todos los pacientes en su estancia en urgencias. El estudio de estos datos nos aporta una serie de medias y medianas de nuestros pacientes (Edad media: 72,4 años, 54% de mujeres, 44% de varones), TAS de 104,4 y TAD de 59,2, Tª media de 37,8°C, saturación de oxígeno media de 92,1% así como porcentajes de frecuencia de patologías habituales como diabetes mellitus (32,4%), hipertensión arterial (58,0%), dislipemia (36,1%) así como datos de estancia media en la hospitalización, anticoagulación, diagnósticos al ingreso y al alta, número de reingresos en los siguientes 30 días. Hemos definido un subgrupo de pacientes cuyo ingreso directo ha sido al servicio de cuidados intensivos de nuestro hospital, en los cuales hemos recogido en mismo número de parámetro

Conclusiones:

Reconocemos de forma precoz aquellos pacientes con síntomas y signos de gravedad cuando acuden a urgencias. No reconocemos con la misma precisión a aquellos pacientes que siendo potencialmente graves se pueden beneficiar de una atención en el servicio de cuidados intensivos más precoz. Necesidad de implementar un check list en dos tiempos que nos permita valorar de forma más eficaz este tipo de pacientes. La realización del checklist ya está realizada, nos encontramos en una fase de validación del mismo.

P-915

CARACTERÍSTICAS, EVOLUCIÓN TEMPORAL Y RELACIÓN CLIMÁTICA DE LAS PIELONEFRITIS AGUDAS EN UN ÁREA DE SALUD

B Tijero Rodríguez, M Sanz Almazán, G Feroso Álvarez, R López Izquierdo, J Álvarez Manzanares, F García Martín

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Palabras Clave: pielonefritis, urology, urgencias

Objetivos:

Las pielonefritis aguda (PNA) es una entidad prevalente entre los pacientes que acuden a un Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH).

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo, observacional. Ámbito: Urgencias Hospitalarias. Se analizan casos de PNA, años: 2006-2015 en SUH. Criterios inclusión: diagnóstico principal PNA, >14 años. Variables: Edad, Grupo Edad(GE), sexo, procedencia, año, destino. Comparación variables: cualitativas: Chi-cuadrado, Cuantitativas: T-student. Análisis temporal mediante descomposición estacional por meses, método multiplicativo. Correlación Pearson. Análisis estadístico: SPSS 20.0. $p < 0,05$.

Resultados:

Total Casos: N: 1190. Atenciones: 2006-2015:1.017.028. Supone: 0,11%. Incidencia: 1 caso cada 3,12 días. Distribución años: 2006:11,1%, 2007:10,2%, 2008:10,4%, 2009:7,7%, 2010:6,6%, 2011:7,3%, 2012:11,8%, 2013:9,2%, 2014:11,5%, 2015:14%. Sexo: Mujer:89,4%, Hombres:10,6%. Edad media: 41,51(18,31). GE: 14-40años:56,4%, 41-65años:29,5%, 66-75años:8,3%, >76años:5,8%. Edad media/sexo: Varón:50,07(18,53), Mujer:40,50(18,02) $p < 0,001$. Procedencia: Petición propia:68,7%, Urgencias otro centro: 17,7%, AP:13,2%, 112:0,4%. Destino: Alta: 70,5, Ingreso: 29,5%. Comparando Ingreso/género: Varón: 22,2%, Mujer: 30,4% $p = 0,05$. Ingreso/GE: 14-40:28,2%, 41-65:33,4%, 66-75:36,8%, >76 años: 50,8% $p < 0,001$. Estratificando por edad y género: 14-40: V 24,3%, M 28,4% $p > 0,05$, 41-65: V 22,9%, M 35,3% $p > 0,05$, 66-75: V 12,5%, M 41,8% $p < 0,05$, >76: V 46,2%, M 51,9% $p > 0,05$. Ingreso/año: 2006: 38,3%, 2007: 29,8%, 2008: 38,7%, 2009: 28,3%, 2010: 31,6%, 2011: 17,2%, 2012: 23,4%, 2013: 28,2%, 2014: 29,2%, 2015: 27,5% $p = 0,019$. Descomposición estacional: Enero: 79,6%, Febrero: 79,7%, Marzo: 87,9%, Abril: 108,3%, Mayo: 99,4%, Junio: 99,1%, Julio: 137,9%, Agosto: 107,7%, Septiembre: 109,2%, Octubre: 105,6%, Noviembre: 111,2%, Diciembre: 74,5%. Correlación Pearson: número casos mensuales/T media: 0,302 $p < 0,05$, /T mínima: 0,502 $p < 0,05$, /T Máxima: 0,168 $p > 0,05$.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

Conclusiones:

El número global de atenciones en urgencias es relativamente importante. La prevalencia es mayor en mujeres, y en edades jóvenes de forma significativa. Un tercio de los pacientes son ingresados, los ingresos por esta entidad ha disminuido de forma importante en la última década, lo que indica un mayor manejo ambulatorio de la misma. En todos los grupos de edad ingresan más las mujeres siendo significativo en el grupo de los 66-75 años. Los meses en los que se espera más patología son Julio, Agosto y Septiembre y también se aprecia una correlación moderada con los meses con temperaturas medias y bajas mayores.

P-916**INFECCIÓN ACTIVA POR CITOMEGALOVIRUS EN EL PACIENTE VIH QUE CONSULTA A UN SERVICIO DE URGENCIAS. IMPORTANCIA DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA**

C Sánchez Marcos, S Camón, O Escoda, E Monclús, C Quirós, N Saubí, R Perelló

Hospital Clínic. Barcelona

Palabras Clave: citomegalovirus, VIH, neumonía

Objetivos:

La infección por citomegalovirus humano (CMV) tiene una altísima prevalencia mundial. En pacientes inmunodeprimidos, se comporta como patógeno oportunista, provocando la infección activa por CMV (IACMV) con afectaciones severas. La patología respiratoria es la principal causa de consulta del paciente VIH a un Servicio de Urgencias (SU).

Material o pacientes y método:

Estudio unicéntrico, retrospectivo de 9 años de duración (2005-2015), realizado en nuestro centro hospitalario. Se incluyeron todos los pacientes VIH que acudieron a nuestro SU, fueron diagnosticados de IACMV, probada por laboratorio y presentaban clínica respiratoria. La IACMV se definió según los criterios de Kottom y la neumonía según los criterios de la Infectious Diseases Society of America. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas y de laboratorio. Todos los análisis estadísticos se calcularon con el paquete SPSS versión 20.0 (Chicago, IL, USA).

Resultados:

Se identificaron 56 pacientes infectados por el VIH que presentaban IACMV. La edad media fue de 43 años, 44 (79%) pacientes eran varones, Solo 14 (27 %) recibían tratamiento con TAR. La mediana de CD4 fue 31 cels/ μ l (IRQ=61), la CV VIH 284050 copias/ml (IRQ=631625), la CV CMV en sangre fue 11,15 copias/ml (IRQ=85,24), y en el BAL 66 copias/ml (IRQ=1466,9). Se diagnosticó infección respiratoria en 34 (61%). Treinta y un pacientes padecieron neumonía, y 3 TB. La neumonía fue producida por *P. jirovecii* en 21 (68%), *H. influenzae* 2 (6%), *K. pneumoniae* 1 (3%), *P. aeruginosa* 1 (3%) *S. pneumoniae* 1 (3%) y en 5 (16%) pacientes por CMV. La mortalidad global a 30 días fue del 18% (10 pacientes) y 5 (50%) de ellos presentaban infección respiratoria (mortalidad 9%). Las únicas variables predictoras de mortalidad fueron: la necesidad de ingreso en UCI ($X^2=17.7$, $p<0.001$) y la necesidad de VM ($X^2=28.3$, $p<0.001$). La mortalidad de los pacientes que ingresaron en UCI fue del 47%.

Conclusiones:

La infección respiratoria fue la diagnosticada con mayor frecuencia en el paciente VIH e IACMV, es producida por microorganismos oportunistas, y presentó una mortalidad del 9%.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

P-917

ARBOVIROSIS 2014-2016. IRUPCIÓN DEL VIRUS ZIKA

**N Robert Boter (1), JM Mòdol Deltell (1), S Roure Díez (2),
G Fernández Rivas (1), D López Lajarín (1), LI Valerio Sallent (2)**

(1) Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona, (2) Unitat de Salut Internacional. Metropolitana Nord. Barcelona

Palabras Clave: arbovirosis, Zika, enfermedades tropicales

Objetivos:

Las arbovirosis son cuadros febriles propios del trópico. Hasta el año 2013 en nuestro medio mayoritariamente correspondían a casos de Dengue importados, pero esta tendencia ha cambiado. En 2014 coincidiendo con el brote de Chikungunya en centro-sudamérica éste apareció en nuestra área. En los últimos meses del 2015 en la misma zona geográfica ha irrumpido el virus del Zika.

Material o pacientes y método:

Análisis retrospectivo de los pacientes con confirmación serológica de arbovirosis visitados en los servicios de urgencias de un centro de atención al viajero y de su centro hospitalario de referencia en el periodo 2014-2016.

Resultados:

Se han diagnosticado 30 infecciones agudas (2014/2015/2016*): 10 Dengue (4/5/1), 17 Chikungunya (12/5/0), 2 Zika (0/0/2) y 1 coinfección de Dengue y Chikungunya. Edad media 35,5 años (DE 12), siendo 50% varones. Presentación clínica: fiebre 100%, artralgias (85,7%), rash (50%), artritis (42,9%), diarrea (17,2%) y cefalea (25%). Los pacientes con Chikungunya presentaban más habitualmente artritis (68,75% vs 8,3%, $p=0,0007$). Analítica: leucopenia (35,3%), plaquetopenia (35,3%), alteración de la bioquímica hepática (23,5%). Los pacientes con Dengue presentan más frecuentemente leucopenia (60% vs 0%, $p=0,005$). Se diagnosticó una infección antigua por Zika (IgG) en una mujer gestante de 6 meses con clínica compatible coincidiendo con viaje a Brasil 8 meses antes. El dengue afecta mayoritariamente a viajeros turistas (80%) procedentes de Asia (70%). El Chikungunya y el Zika afectan a inmigrantes viajeros (89,5%) procedentes de América (89,5%).

Conclusiones:

Dengue, Chikungunya y Zika comparten presentación clínica, aunque la presencia de artritis orienta hacia Chikungunya y la leucopenia es más propia del Dengue. El Dengue afecta más a viajeros turistas procedentes de Asia mientras que el Chikungunya y el Zika afectan mayoritariamente a inmigrantes viajeros procedentes de América. La irrupción del Zika se añade a la lista de arbovirus importados con relevancia en Salud Pública. En la época de máxima densidad de Aedes albopictus en nuestro medio (Mayo-Octubre), hay que contemplar la posibilidad de aparición de casos autóctonos secundarios a casos importados.

P-918

TERAPIA DE ALTO FLUJO CON CÁNULAS NASALES Y HUMIDIFICACIÓN ACTIVA EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, ALGO MÁS QUE UNA SEGUNDA OPCIÓN TERAPÉUTICA. A PROPÓSITO DE 40 CASOS

**B Brouzet, JM Carratalá Perales, A Gil Rodrigo, B Espinosa Fernández,
AM López Uran, A Noguera Zumbühl, JM Fernández Cañadas**

Hospital General Universitario de Alicante

Palabras Clave: insuficiencia respiratoria, insuficiencia cardiaca, alto flujo con cánulas nasales

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 (FIO₂), favoreciendo el lavado de dióxido de carbono (CO₂) en vía aérea superior y ofreciendo un efecto presión positiva dependiente de flujo. Su uso es cada vez más frecuente en adultos con insuficiencia respiratoria aguda (IRA) hipoxémica pero también hipercápnica, siendo la Insuficiencia Cardiaca Aguda (ICA) una indicación emergente.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo/observacional sobre el uso de un sistema de AFHA en el tratamiento de la IRA secundaria a ICA con disnea y/o hipoxemia refractarias.

Resultados:

El 57,14% son mujeres, edad media de $84,5 \pm 8,2$, Barthell 57 ± 14 Charlson $5,35 \pm 1,5$ (100%). Cardiaca Crónica, 35% EPOC, 45% E. Renal Crónica, 11% Cáncer, 25% demencia). El 73,4% de los pacientes tenían una ICC grado II de la NYHA. La mejoría al inicio/60m/24 h de la disnea $6,78 \pm 0,6/5,21 \pm 1,1/3,57 \pm 1,2$ y FR $(30,28 \pm 3,85/26,59 \pm 2,7/23,21 \pm 1,7 \text{ rpm})$ fueron significativas. La evolución gasométrica de inicio y a los 120m/24h, cociente PAO₂/FIO₂ $(187,32 \pm 20,32/264,95 \pm 1,21/298 \pm 41,18)$, lactato $(2,01 \pm 0,91/1,8 \pm 0,9/1,75 \pm 0,92)$, PaO₂/70,11 $\pm 15,6/77,7 \pm 10,4/84,5 \pm 36,93 \text{ mmHg}$) fue evidente sin alterar pH $(7,38 \pm 0,03/7,41 \pm 0,07/7,39 \pm 0,03)$ ni PaCO₂ $(47,30 \pm 12,34/48,25 \pm 12,62/47,5 \pm 16,63 \text{ mmHg})$. El flujo usado fue de 40 lpm en el 100%, la FIO₂ media fue de $34,12 \pm 3,34\%$. El tiempo medio de uso fue de $83,27 \pm 11,35$ horas. Un paciente falleció durante el ingreso por shock cardiogénico.

Conclusiones:

Fueron pacientes ancianos, con elevada comorbilidad y dependencia moderada. La mejoría a los 120 m/24 h en el cociente PAO₂/FIO₂, FR y grado de disnea es significativa con elevado confort sin empeoramiento de PaCO₂ ni pH. La mortalidad fue baja. Los sistemas de AFHA y cánulas nasales pueden utilizarse en pacientes con ICA e IRA que no responden al tratamiento farmacológico y oxigenoterapia convencional, con confort y respuesta clínica/gasométrica precoz. El futuro será definir si esta terapia podría iniciarse de entrada en este tipo de pacientes de forma precoz ya desde los Servicios de Urgencias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

P-919

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES A LOS QUE SE LES SOLICITA SEROLOGÍA DE DENGUE, CHIKUNGUNYA Y ZIKA EN UN ÁREA DE SALUD. PAPEL DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

J Álvarez Manzanares, DA Gil Loayza, R Ruiz Merino,

M Domínguez-Gil González, R López Izquierdo, I García Rupérez

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Palabras Clave: salud del viajero, viriasis, urgencias

Objetivos:

Desde hace unos años se han desarrollado una serie de epidemias de artopoviriasis en países tropicales y subtropicales. Infecciones importadas como el Dengue, Chikungunya o el reciente Zika tienen cada vez más importancia.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo, descriptivo. Ámbito: AS, SUH. Criterios inclusión: pacientes con solicitud de serología o PCR: Dengue, Chikungunya y Zika en el AS, año: 2014-15 de Marzo 2016. Variables: Edad, Género, año petición, Lugar petición: Urgencias, Otro nivel asistencial, tiempo desde llegada-inicio de sintomatología, origen paciente, zona visitada. Diagnóstico final. Infección específica por los virus citados, otra. Comparación variables: cuantitativa: t-student. Cualitativas: Chi-cuadrado. SPSS: 20.0, $p < 0,05$.

Resultados:

N: 26. año petición: 2014: 15,4%, 2015: 42,3%, 2016: 42,3%. Edad media: 36,2 (14,0). Varón: 57,7%. Edad/Género: Varón: 37,8 (10,0), Mujer: 34,0 (18,4) $p > 0,05$. Lugar de petición: Urgencias: 73,1%, Otro: 26,9%. Origen: Español: 23,1%, Otro: 42,3%, Desconocido: 34,6%. Zona visitada: Sur América 45,5%, Centroamérica: 36,4%, África: 13,6%, Asia: 4,5. Días desde llegada e inicio sintomatología: 4 días (3,1). Ingreso: No: 80,8%. Diagnóstico artopoviriasis: 8 (30,8%), de ellas 7 (87,5%) solicitadas en urgencias $p > 0,05$. Diagnóstico final: Dengue: 3 (11,5%), Chikungunya: 4 (15,4%), Zika: 1 (3,8%). No artopovirus: 12 (46,2%), pendiente: 6 (11,5%).

Conclusiones:

Hay un aumento progresivo de peticiones a nivel del AS estudiada relacionado seguramente con la reciente alerta sanitaria de la infección por el virus Zika. Son pacientes jóvenes, con un mayor número de varones que proceden de países del Sur y Centro América, de origen no español y suelen consultar en menos de una semana desde su llegada. La gran mayoría de las peticiones se realizan en el SUH. El diagnóstico final de artopoviriasis es de un tercio de las peticiones realizadas. Los SUH son lugares asistenciales claves dentro de las AS ante la sospecha diagnóstica de estas infecciones. Los SUH deberían contar con protocolos específicos de atención al paciente viajero que dieran respuesta a este tipo de casos.

P-921

ANÁLISIS DE LA PATOLOGÍA INFECCIOSA EN UNA SALA DE ESTANCIA CORTA (UEC) DE UN SERVICIO DE URGENCIAS. ESTUDIO DESCRIPTIVO

A Mauri Plana, L Sánchez García, M Hernández Stahl, B Pares Bofill, M Miserachs Sala, L Molero Sala, J Montiel Dacosta

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Palabras Clave: patología infecciosa, unidad estancia corta, estudio observacional

Objetivos:

La prevalencia de patología infecciosa (PI) es muy alta en los servicios de urgencia.

Material o pacientes y método:

Se analiza una muestra representativa de los pacientes atendidos en la UEC de nuestro hospital. Se trata de una sala 36 camas en la que ingresan pacientes médicos, en los que se prevé una estancia inferior a 5 días. El cálculo de la 'N' muestral se realiza en función de la edad esperada, buscando un error alfa del 5%, una potencia del 80%. Cálculo muestral 250. Se realiza un estudio descriptivo. Se analiza un periodo estival (junio-julio 2015) y un periodo invernal (diciembre 2015-Enero 2016).

Resultados:

Se analizan 261 pacientes, 159 (60%) con PI. La edad media es de 72,19 + 21,39 (19-100). 93/159 (59%) mujeres. Un 53% de los pacientes ingresan en los meses de diciembre-enero. El número de fármacos que toman estos pacientes es de 6,8 + 4,2 (0-17), con antecedentes patológicos de 5,43 + 3,09 (1-16). Un 23% son diabéticos, un 15% EPOC, un 65% sufren HTA, y un 26% insuficiencia cardíaca. La estancia media es de 4,98 + 2,5 (1-16) días. En 97/159 (61%) pacientes se solicitó la PCR: media es de 87,96 + 90. Los leucocitos son de 11094 + 5160 (1930-30870). 27 pacientes presentaron un ingreso previo en los tres meses previos, media de 48 días antes. Un 50% de las infecciones son respiratorias y un 35% de vía urinaria y renal. En 53/159, 33%, de los pacientes muestra un cultivo positivo. El germen más frecuente es *E. coli*. El antibiótico más utilizado es ceftriaxona (30%), seguido de amoxicilina/ácido clavulánico 26%, y levofloxacino 24%. 30/159 pacientes necesitaron un segundo antibiótico. Un 3,8% de los pacientes fueron éxitos.

Conclusiones:

La mayoría de los pacientes que ingresan en la UEC presentan PI. Se trata de una población anciana, con múltiples antecedentes patológicos. La infección más prevalente es la de vía respiratoria. Una tercera parte de los pacientes presentan un cultivo positivo. La PCR se realiza en 2/3 partes de la población. La mortalidad es baja.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

P-922

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO SOSPECHADO DESDE URGENCIAS Y ESTUDIADO CON ANGIOTC DE ARTERIAS PULMONARES URGENTE Y DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS**R Cenjor Martín, AL Muñoz Ruiz, JJ Gil Román, M Cordero Cervantes, EM Cano Cabo, EM Prieto Piquero, A Alonso Morilla***Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo***Palabras Clave:** embolia pulmonar, tomografía, disnea**Objetivos:**

El tromboembolismo pulmonar agudo (TEPA) es una patología de elevada morbilidad cuya prueba de imagen diagnóstica de elección es la angiotomografía computarizada de arterias pulmonares (angioTC). No obstante, diversas patologías pueden mimetizar la clínica del TEPA (dolor torácico, síncope y disnea), retrasando y dificultando su diagnóstico definitivo.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, descriptivo retrospectivo, sin intervención, de los pacientes adultos a los que se les solicitó angioTC desde el Servicio de Urgencias del Hospital Central de Asturias entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2015 con sospecha de TEPA por criterios clínicos (disnea, dolor pleurítico, tos, ortopnea, edemas en extremidades, hemoptisis, taquicardia/taquipnea) y/o analíticos (gasometría compatible, D-dímero elevado). Variables recogidas: edad, sexo y diagnóstico final (TEPA, TVP, infección respiratoria, insuficiencia cardíaca (IC), cáncer, comprendido como masas de aspecto tumoral, linfangitis carcinomatosa y bloques adenopáticos mediastínicos, otros, fundamentalmente, patología no relacionada con clínica respiratoria). Se realizó un análisis descriptivo de los datos.

Resultados:

Se recogieron 944 angioTC, de los que 23 (2.4%) constituían la segunda petición al mismo paciente en el periodo estudiado. 422 (44.7%) fueron varones y 522 (55.3%) mujeres. La edad media (DS) fue 73.1 (14.4) años. El diagnóstico fue de TEPA en 240 (25.4%) casos, TVP 102 (10.8%), proceso infeccioso 110 (11.7%), IC 129 (13.7%), cáncer 71 (7.5%) y otros 38 (4.0%). Dentro de los casos con TEPA, se detectó asociación TEPA-TVP en 91 (9.6%) pacientes (44 varones y 47 mujeres), con una correlación significativa y TEPA-cáncer en 16 (1.7%) pacientes, con una relación no significativa. 422 (44.7%) angioTC no presentaron ninguna patología.

Conclusiones:

La sospecha de TEPA desde Urgencias en nuestra población se confirmó en más de un cuarto de los casos a pesar del reto diagnóstico que supone. Los diagnósticos alternativos por orden de frecuencia según los hallazgos de los angioTC fueron insuficiencia cardíaca y procesos infecciosos.

P-923

PERFIL DE PACIENTES A LOS QUE SE LES SOLICITA DÍMERO D EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO**AI Condon Abanto, M Cramp Vinaixa, P Salazar, C Herrera, M Berned Sabater, A Baguer Bascuas, L Mateo Gallego***Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona***Palabras Clave:** dímero D, enfermedad tromboembólica venosa, edad**Objetivos:**

La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) representa una urgencia cardiovascular muy frecuente con una incidencia de 1/1.000 habitantes por año en la población general, siendo 1/100 habitantes por año en el caso de los mayores de 85 años. El diagnóstico puede ser difícil debido a una clínica con frecuencia inespecífica y silente. Se han desarrollado diversos algoritmos en los que el Dímero D tiene un importante papel, debido a su alto valor predictivo negativo. El Dímero D aumenta con la edad y disminuye desde la aparición de los síntomas, si ajustamos su punto de corte, podemos conseguir aumentar rendimiento diagnóstico.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes a los que se les solicitó Dímero D, que acudieron a urgencias de un hospital universitario de tercer nivel, en un periodo comprendido entre el 1/1/2015 y el 31/12/2015. 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 solicitaron un total de 574 estudios, de los que un 48% eran hombres con una mediana de edad de 68 años. Del total de estudios solicitados un 62% resultaron positivos, de los que 51 % eran hombres con una mediana de edad de 73 años. Se solicitó angioTAC pulmonar al 92% de los positivos. Ajustando los D-Dímeros a la edad del total de pacientes positivos un 28% fueron negativos, y un 72% positivos de los que 52% eran hombres con una mediana de edad de 70 años.

Conclusiones:

En los últimos años, diversos estudios han comprobado que el dímero D aumenta con la edad por lo que el uso de un valor de corte determinado para descartar ETEV no es muy útil en ancianos. En nuestro caso se objetiva que hasta en un 17% del total de los pacientes se podría haber descartado ETEV ajustando el dímero D a la edad, lo que podría haber evitado exploraciones complementarias costosas no exentas de riesgo para este tipo de pacientes.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

P-924

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES EN SHOCK SECUNDARIO A TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN URGENCIAS

H Molina Llorente, D Toresano López, P Hernández Martínez, I Sanlés González, P Garmilla Ezquerro, V Mora Cuesta

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras Clave: shock, tromboembolismo pulmonar, urgencias

Objetivos:

El tromboembolismo pulmonar (TEP) con inestabilidad hemodinámica presenta una elevada morbilidad.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes en situación de shock (TAS < 90 mm Hg o TAM < 65 mm Hg refractaria a tratamiento) secundario a TEP entre 2010 y 2015.

Resultados:

De 768 pacientes que ingresaron con TEP en urgencias 40 estaban en situación de shock. De éstos 65% eran mujeres. La mediana de edad fue de 76 años. El 57,5% tenía factores de riesgo intermedio o alto. Según la Escala de Wells el 60% tenía un riesgo medio y según Ginebra el 67,5% un riesgo alto. Clínica: 70 % disnea. 35 % síncope. 32,5 % dolor torácico. Estos pacientes presentaron mayor frecuencia de síncope comparado con el resto de pacientes con TEP ($p < 0,01$). Examen físico: sólo en el 32,5 % se objetivó ingurgitación yugular. Pruebas: el 50 % de las radiografías de tórax fueron normales, 24 % con infartos pulmonares. El 100 % presentaron dímero D elevado, 80 % > 5000 ng/mL. 66,7 % troponinas normales. 32,4 % ECG normal, 20,6 % bloqueo de rama derecha. En el angioTAC el 53,8% no presentaba sobrecarga de ventrículo derecho frente a un 35,9% que si lo presentaban y un 30% en la ecocardiografía. El 30% precisó intubación orotraqueal frente a un 4,3% del resto de pacientes con TEP ($p < 0,01$). Sólo el 15% fueron fibrinolizados. 8 fallecieron en las primeras 48 horas y 6 en el primer mes. Al comparar con el resto de pacientes presentaron una mayor mortalidad en las primeras 48 horas ($p < 0,01$).

Conclusiones:

El síncope al diagnóstico en los pacientes con TEP podría ser indicativo de mal pronóstico. El shock secundario a TEP tiene elevada mortalidad especialmente en las primeras 48 horas. Destacar que el 54% de los casos no presentaba en el angioTAC sobrecarga de ventrículo derecho. Sólo un 15% de los pacientes en shock fueron fibrinolizados.

P-925

SOLICITAMOS ADECUADAMENTE LOS CULTIVOS EN URGENCIAS

JM Abascal Roda, J Navarro Calzada, R Montoya Saenz, M Rubio Gómez, B Sierra Bergua, FJ Ruiz Ruiz, J Gómez Bitrián

Hospital Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Palabras Clave: cultivos, infecciones, urgencias

Objetivos:

En los servicios de Urgencias dadas las características de inmediatez de las actuaciones y la presión asistencial en alza existen problemas para la solicitud, la recogida y el envío adecuados de las muestras microbiológicas. Al indicar un tratamiento antibiótico empírico no recogiendo o haciéndolo de forma inadecuada dificultamos el correcto manejo de los pacientes.

Material o pacientes y método:

Se ha realizado una revisión de los pacientes con diagnóstico de las infecciones más frecuentes (respiratorias, urinarias) en adultos en las áreas de atención médica, sala de observación, cirugía, traumatología de Urgencias durante el año 2015. Posteriormente se hizo un análisis descriptivo con el programa estadístico SPSS. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, temperatura, PAS, PAD, frecuencia cardíaca y respiratoria, bioquímica, hemograma, pO₂, pCO₂, pH, HCO₃, lactato, sat.O₂, sedimento de orina, origen desde donde se remitió, pruebas radiológicas, hemocultivos y urocultivos (solicitados, indicación adecuada, reflejados en historia, resultados), antitérmicos (recetados, indicación adecuada, reflejados en historia), antibioterapia empírica (recetada, adon) y destino del paciente.

Resultados:

En la muestra analizada hasta el momento se obtienen algunos de los siguientes datos (expresados en medias y frecuencias): edad 64,91 años, sexo 51,9% hombres y 48,1% mujeres, PAS 116,47 mmHg, PAD 62,81 mmHg, frecuencia cardíaca 87,95 lpm, glucemia 124,8 mg/dl, creatinina 1,13 mg/dl, leucocitos 11529,66/mm³, neutrófilos 73,73%, lactato 1,37. Hemocultivos: realizados al 33,6%, indicado realizar al 44,4%, reflejado en la historia 39,4%. Urocultivos: realizados al 69,2%, indicados realizar al 51,4%, reflejado en la historia 47,2%. Antibioterapia empírica: recetada al 76,6%, administrados en Urgencias al 40,2%. Antitérmicos: administrados al 70,6%.

Conclusiones:

Como conclusión general se realizan menos hemocultivos de los indicados y se realizan más urocultivos de los indicados. Probablemente esté en relación con el aumento de carga asistencial que sufre el personal de enfermería y médico solicitando aquellos cultivos más fáciles de recoger, esto altera su manejo ulterior. Habrá que profundizar en el análisis de los resultados e implementar cambios que mejoren la atención a los pacientes con infecciones.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

P-926

IMPACTO DE LA TUBERCULOSIS EN UN PROFESIONAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS

A Moreno Pena, O Yuguero Torres, J Peña García,
A Vena Martínez, C Llobet Pina, MJ Abadías Medrano

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida

Palabras Clave: tuberculosis, enfermedades profesionales, urgencias médicas

Objetivos:

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa que lejos de erradicarse, sigue siendo prevalente en países desarrollados, sobretodo vinculado a procesos migratorios e inmunodepresión y que supone un reto para las organizaciones internacionales. En muchas ocasiones el diagnóstico puede realizarse en los pacientes que acuden a urgencias. Por eso, el contagio con profesionales, aunque poco frecuente, puede suceder.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de los profesionales sanitarios (médicos, enfermería y auxiliares) que se han realizado la prueba de Mantoux en los 3 meses posteriores a la declaración del caso. Se realizó el estudio de contacto, a través de la Unidad de Prevención del Hospital, de los profesionales que coincidieron en los últimos 3 meses con la profesional afectada.

Resultados:

Se han analizado los resultados de 49 profesionales sanitarios del servicio de urgencias. 21 médicos (42,8%), 12 auxiliares de enfermería (24,4%) y 16 enfermeras (32,6%) que fueron incluídos en el estudio de contactos. De ellos, 48 se han sometido a la prueba de Mantoux. En 10 casos (20,4%), el PPD ya había sido positivo previamente, por lo que no se realizó de nuevo. En 9 casos (18,36%) de los casos el PPD es positivo en esta determinación. De estos, sólo 5 han realizado quimiopprofilaxis con Isoniazida. No se ha detectado enfermedad, en ninguno de los profesionales del servicio.

Conclusiones:

El estudio de contactos de los profesionales sanitarios ha sido cercano al 100%. En ningún caso se ha detectado enfermedad tuberculosa. A pesar del hallazgo de PPD positivo, un 45% de los profesionales no realiza la quimiopprofilaxis. La confidencialidad es un elemento fundamental, para garantizar la privacidad de la fuente y evitar alarma entre el resto de profesionales.

P-927

PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE BACTERIEMIA EN PACIENTES DADOS DE ALTA DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE GRUPO 2

B Torres Ceballos, V Rivas Fernández, A Blanco Jarava,
A Vizúete Calero, A Beteta López, F Marcos Sánchez

Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina, Toledo

Palabras Clave: bacteremia, emergency medicine, outpatient

Objetivos:

La bacteriemia en pacientes dados de alta de Urgencias (BPAU) es la detectada en enfermos que acuden a Urgencias y que por su estabilidad clínica se decide alta domiciliaria con tratamiento ambulatorio. Desde 2010 existe en nuestro hospital un programa de control de hemocultivos positivos. Diariamente, Microbiología informa del aislamiento de bacterias en hemocultivos. Los pacientes dados de alta de Urgencias con hemocultivos positivos son localizados e informados a través del Médico de Atención Primaria (MAP). Según su situación clínica y patógeno aislado, se decide ingreso o tratamiento ambulatorio.

Material o pacientes y método:

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. El periodo de estudio fue del 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2015. Las variables recogidas fueron referentes a características epidemiológicas, tratamiento y evolución posterior.

Resultados:

Se incluyeron 114 pacientes, un 52.6% fueron mujeres. La edad media fue de 76.25 años. El 77.3% tenía alguna patología de base, el 23.3% algún tipo de inmunodepresión. El germen más frecuentemente hallado fue E. Coli (57%). El foco más frecuente fue el urinario (68.1%). El 77.2% recibió una dosis intravenosa de antibiótico en Urgencias, y al 76.8% se le prescribió al alta un antibiótico empírico adecuado. Se contactó con el MAP en un 76.3% de los casos, y de ellos se aceptó la recomendación ofrecida en el 97.7%. La modificación del tratamiento más frecuente fue el ajuste de duración (40.9%). Precizaron ingreso 3 pacientes (2,6%), 7 (6,1%) presentaron recidiva en el mes siguiente y 4 (3,5%) fallecieron (en situación de limitación del esfuerzo terapéutico).

Conclusiones:

En nuestro estudio la mayoría de las BPAU estaban causadas por E. Coli. El origen más frecuente fue el urinario. La mayoría de BPAU evolucionó favorablemente. La mortalidad fue similar a la descrita en la literatura. Estos resultados probablemente se expliquen por la elevada proporción tratada con antibiótico adecuado al alta y porque, gracias al seguimiento, en la gran mayoría de casos se contactó con el MAP para ajuste del tratamiento.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

P-928

¿ES NECESARIO UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS RESPECTO A LA RESOLUCIÓN DE LOS NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEOS PRIMARIOS?

B Pérez Deago (1), S. Contreras (2), N. Iglesias Fernández (3), LM Rivera García (4), S. Charro Alonso (4), MJ Fernández Vázquez (4)

(1) Centro de Salud La Calzada II, (2) Centro de Salud El Coto, (3) Hospital Cabueñes, (4) Centro de Salud El Llano. Oviedo, Asturias

Palabras Clave: neumotórax, manejo de la enfermedad, servicios médicos de urgencia

Objetivos:

El neumotórax es una patología de resolución inmediata ya que constituye una emergencia médica. En el momento de la consulta el médico de urgencias puede encontrarse ante un paciente con escasa clínica o uno hemodinámicamente inestable que precisará sin demora la resolución del mismo.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo transversal en donde se analizan los pacientes diagnosticados de neumotórax en el período entre 1/10/2014 y 31/09/2015 excluyendo para nuestro estudio: neumotórax adquiridos, espontáneos secundarios y los que posteriormente fueron derivados a otro centro sanitario. Obteniendo un total de 10 episodios de neumotórax espontáneos primarios.

Resultados:

De los 10 pacientes tratados, el 100% estaban hemodinámicamente estables. El motivo de consulta más frecuente fue el dolor torácico, seguido de la disnea. La edad media fue 21 años y todos los pacientes pertenecían al género masculino. En el 40% de los pacientes se decidió drenaje mediante tubo de tórax en el servicio de urgencias, con el 60% restante se decidió actitud expectante precisando drenaje posterior el 50% de ellos. La estancia media de ingreso fue de 5,4 días. Al analizar los criterios para determinar la actuación en cada caso, observamos disparidades en la clasificación radiológica, obteniendo como resultado dos eventos en el que su tratamiento conservador no se ajusta a ninguna guía clínica actual (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica - SEPAR, British Thoracic Society - BTS, American College Chest Physicians - ACCP)

Conclusiones:

Si bien presentamos un estudio con un número modesto de eventos de neumotórax espontáneos primarios, creemos que es necesario un protocolo único de actuación, siguiendo las recomendaciones actuales de las principales guías clínicas en el manejo de esta patología, debido a que constituye una emergencia médica y un error en su tratamiento puede desencadenar una consecuencia irreversible.

P-929

¿PRESENTAN LA MISMA UTILIDAD EN ESCALAS PRONÓSTICAS LA TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA, MEDIA O DIASTÓLICA EN LA SEPSIS?

JM Hernández Gajate, R López Izquierdo, J Álvarez Manzanares, JR Oliva Ramos, V Carbajosa Rodríguez, B Antón

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Palabras Clave: tensión arterial, mortalidad, sepsis

Objetivos:

En febrero de 2016 se presentó una nueva escala para el diagnóstico de sepsis, quick SOFA (qSOFA) que incluye como parámetros la frecuencia respiratoria, la alteración del estado mental y la tensión arterial sistólica. Hasta ahora se prefería la tensión arterial media (TAM) disminuida como mejor aproximación a la presión de perfusión a nivel tisular.

Material o pacientes y método:

Estudio analítico retrospectivo. Ámbito: Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH). Criterios de inclusión: pacientes incluidos en el Código Sepsis del SUH entre noviembre de 2013 y septiembre de 2015. Variable dependiente: mortalidad hospitalaria. Variables independientes: Frecuencia respiratoria (FR), alteración del nivel de consciencia, TAS: 100 mmHg, TAM < 65 mmHg, TAD > 50 mmHg.

Resultados:

N: 349. Mortalidad: 69 (21,7%). Análisis Curvas ROC: TAS: 0,727, TAM: 0,713, TAD: 0,727. $p > 0,05$.

Conclusiones:

Para el diagnóstico de sepsis no muestran superioridad los modelos de escala pronóstica usando cifras de TAM o TAD sobre el modelo de qSOFA.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

P-930

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES INGRESADOS CON GRIPE EN UN HOSPITAL SECUNDARIO DE LA COMUNIDAD DE MADRID DURANTE LA TEMPORADA ESTACIONAL 2014-2015

G Quispe Figueroa, M López-Lomba, V Moreno Cuerva, J Gómez-Garcés, P Ramírez Cabello, J Aparicio Velazco

Centro de Salud Alcalde Bartolomé González. Hospital Universitario de Móstoles. Madrid

Palabras Clave: influenza, influenza virus types, clinical development

Objetivos:

La gripe constituye un importante problema de salud pública. Por ello, es imprescindible una adecuada vigilancia de los casos de gripe para estimar su incidencia, describir las características de los pacientes y caracterizar los virus circulantes.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Se revisan historias clínicas de pacientes mayores de 14 años, ingresados desde urgencia con el diagnóstico de gripe, tras confirmación microbiológica, entre la semana 40/2014 y la semana 20/2015.

Resultados:

Se estudiaron 105 pacientes. La media de edad fue de 69 años, sin diferencias en el sexo. En la semana 5/2015 hubo mayor registro de gripe (20,9%). El 41,9% de los pacientes había recibido la vacuna antigripal de la temporada 2014/2015. De los mayores de 59 años, el 50,6% recibieron la vacuna antigripal, y, entre los pacientes menores de 59 años que presentaban alguna enfermedad de base, habían sido vacunados solamente el 15% de los casos. Los síntomas principales fueron: tos (89,5%), fiebre (81,9%), disnea (58,1%), malestar general (49,5%) y mialgia (29,5%). En el 93,3% se identificó al menos una comorbilidad, siendo: enfermedad cardiovascular crónica (ECVC) (59%), las enfermedades metabólicas (EM) (55,2%), enfermedad respiratoria crónica (35,2%), inmunodeficiencias (29,5%) y asma (15,2%). El 52,4% presentó alguna complicación: síndrome distress respiratorio agudo (SDRA) (43,8%), neumonía (21,9%) y fallo multiorgánico (0,95%). Según la evolución del paciente el 57,14% necesitó soporte ventilatorio, 6,67% ingresó en UCI y 7,6% fallecieron. La confirmación virológica se realizó por PCR (74,3%) e inmunocromatografía (25,7%). El aislamiento del virus de la gripe fue: virus tipo A (50,4%), virus tipo B (45,7%), ambos virus (0,95%), se desconoce el tipo (2,9%).

Conclusiones:

Los síntomas más frecuentes fueron tos y fiebre. En casi la totalidad de los pacientes se identificó al menos una comorbilidad siendo, las más frecuentes ECVC y EM. El antecedente de vacunación no llegó a la mitad de los pacientes. Aproximadamente la mitad de los pacientes presentó alguna complicación, siendo el SDRA el más frecuente. Más de la mitad de pacientes necesitó soporte ventilatorio. Existe una ligera predominancia del virus tipo A.

P-931

ANÁLISIS DE MODELOS PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD EN PACIENTES SÉPTICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

R López Izquierdo, J Álvarez Manzanares, JR Oliva Ramos, A Redondo González, JC Sánchez Rodríguez, I Cebrian Ruiz

Servicio de Urgencias Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Palabras Clave: sepsis, mortalidad, urgencias

Objetivos:

El pasado mes de Febrero se publicó la última definición de sepsis, en ella el diagnóstico se basa en utilizar la escala Quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA), basada en: frecuencia respiratoria (Fr), tensión arterial sistólica (TAS), nivel consciencia. Sin embargo, tal vez sea factible usar otros modelos pronósticos con más variables asociadas a la mortalidad de estos pacientes.

Material o pacientes y método:

Estudio analítico retrospectivo. Ámbito: SUH. Criterios Inclusión: pacientes incluidos en el Código Sepsis del SUH entre noviembre 2013 y septiembre 2015. Variable dependiente: mortalidad hospitalaria (MH). Variables independientes: FR: 22rpm, TAS:100mmHg, Alteración nivel consciencia (ANC), Sat O₂ $\geq$ 92%, Lactato $>$ 2mmol/l, edad. Modelo 1: FR: 22rpm, TAS:100mmHg, ANC(qSOFA). Modelo 2: Fr $\geq$ 22, TAS:100, ANC, SatO₂ $\geq$ 92, Modelo 3: Fr $\geq$ 22, TAS $\geq$ 100, ANC, SatO₂: 92, Lactato $>$ 2, Modelo 4: Fr: 22, TAS: 100, ANC, O₂: 92, Lactato $>$ 2, edad. Análisis bivariantes. Análisis multivariantes de los modelos. Cálculo Área bajo la curva (ABC) de la curva de rendimiento diagnóstico (ROC) creada mediante regresión logística (IC95%). SPSS 20.0, $p < 0,05$.

Resultados:

N:349. MH: 69(21,7%). Análisis bivalente MH: Sí: Fr $\geq$ 22: 30,6% $p < 0,05$, TAS:100: 27,7% $p < 0,05$, ANC: 60% $p < 0,001$, Lactato $>$ 2: 85,1% $p < 0,001$, Sat O₂: 92: 67,6% $p < 0,001$, Edad media Sí: 79,39(18,52), No:67,58(22,64) $p < 0,001$. Análisis multivariante: Modelo 1: Fr, ANC, $p < 0,05$, TAS NS. Modelo 2: Fr, ANC, Sat O₂, $p < 0,05$, TAS: NS. Modelo 3: ANC, Sat O₂, Lactato, $p < 0,05$, Fr, TAS: NS. Modelo 4: ANC, Sat O₂, Lactato, $p < 0,05$, Fr, TAS, Edad: NS. ABC curvas ROC: Modelo 1: 0,72 IC95% (0,63-0,82) $p < 0,001$, Modelo 2: 0,79 IC95% (0,70-0,87) $p < 0,001$, Modelo 3: 0,81 IC95% (0,73-0,88) $p < 0,001$, Modelo 4: 0,82 IC95% (0,75-0,89) $p < 0,001$.

Conclusiones:

Todas las variables utilizadas se asociaron con MH en análisis bivalente. Al crear los modelos sólo ANC mantuvo una asociación estadística en todos ellos. Por el contrario la hipotensión no se asociaba de forma independiente en ninguno de ellos. En el análisis de las curvas ROC se observa que el peor modelo pronóstico es que incluye las variables del qSOFA y el mejor es el modelo que incluye además la SatO₂, lactato y edad.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

P-932

SEPSIS: IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL AMPLIO EN URGENCIAS EN PACIENTE CON INMUNOSUPRESIÓN GRAVE

S Zafar Iqbal-Mirza, MJ Palomo de Los Reyes, P Toledano Sierra, J Largo Pau, P Redondo Galán, R Gamboa Rojo, VE Merlo

Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo

Palabras Clave: sepsis, VIH, tratamiento antirretroviral

Objetivos:

Se expone un caso con sepsis en un paciente con reciente diagnóstico de infección VIH e inicio de tratamiento antirretroviral.

Material o pacientes y método:

PACIENTE: Varón de 44 años, natural de Marruecos, fumador 1-2 cig/día. En seguimiento por infecciosas debido a reciente diagnóstico de infección VIH (menos de 1 mes) presentando inmunosupresión severa (CD4 60 ul), en tratamiento antirretroviral (Stribild®) desde hacía 10 días. Además estaba en tratamiento con Doxiciclina por presentar lesiones cutáneas sospechosas de angiomatosis bacilar desde hacía 2 semanas. Acude a urgencias por cuadro de menos de 24 horas de evolución de malestar general, fiebre 40°C, oligo-anuria e hipotensión, elevación de lactato, siendo compatible con sepsis. Nos planteamos identificar el foco que esté condicionando el cuadro, sin ser claro, presentaba una radiografía tórax normal, orina sin datos de infección y en el primer control analítico en urgencias, procalcitonina negativa, sin leucocitosis ni desviación izquierda. **MÉTODO:** Identificación de la causa de sepsis en un paciente con inmunosupresión severa con reciente inicio de tratamiento antirretroviral.

Resultados:

Nos planteamos que estemos ante un síndrome de reconstitución inmune (SRI) en un paciente con infección VIH, con inmunosupresión grave (CD4 60) que ha empezado el tratamiento antirretroviral en las últimas 2 semanas, además con una sospecha alta de que el posible desencadenante pueda ser la infección por Bartonella que presentaba previamente. Ante esto se suspende el tratamiento antirretroviral y se inician corticoides (metilprednisolona 1mg/kg/día, En UCI presenta una evolución favorable.

Conclusiones:

El SRI hay que sospecharlo en un paciente con una infección previa que inicia tratamiento antirretroviral con diagnóstico reciente de VIH. Los patógenos habituales con los que está descrito son M. Tuberculosis, CMV, *Cryptococcus*, *Pneumocystis* y Herpes virus 8, pero hay casos más raros asociados a *Bartonella* como el nuestro. Es importante la sospecha para suspender el tratamiento en los casos graves e inicio de tratamiento con corticoides para manejo clínico adecuado.

P-933

ANÁLISIS DEL RENDIMIENTO DE LOS CULTIVOS REALIZADOS A LOS PACIENTES QUE ACTIVAN CÓDIGO SEPSIS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

I García Rupérez, J Álvarez Manzanares, R López Izquierdo, JR Oliva Ramos, L Fadrique Millán, JM Hernández Gajate

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Palabras Clave: sepsis, urocultivo, hemocultivo

Objetivos:

La realización de cultivos en los pacientes con infecciones sepsis es fundamental para el diagnóstico.

Material o pacientes y método:

Análisis descriptivo retrospectivo. Ámbito: SUH. Criterios inclusión: Pacientes que activaron Código Sepsis en un SUH noviembre 2013-septiembre 2015. Criterios exclusión: pacientes en que se descartó infección. Variables: foco infeccioso: respiratorio (IRVB), Urológico (ITU), Intraabdominal (IIA), piel- tejidos blandos (IPTB), neutropenia febril(NF), otros, foco desconocido(FD), Resultado HC: no realizado (NR), negativo (Neg), *E. coli* (EC), *klebsiella* spp (K), *Pseudomonas aeruginosa* (PsA), otros BGN, streptococcus spp (Str), Staphylococcus no aureus(Staph), *S. aureus*(SA), enterococcus spp (Ent), Candida spp (Cand). Mortalidad hospitalaria. Comparativa variables cuantitativas: tstudent, cualitativas chi-cuadrado. Software: SPSS 20.0. p<0,05.

Resultados:

N: 331. Edad media: 72,6(18,0). Género Varón 54,1%. Resultado de HC: NR: 14,2%, Neg: 62,7%, EC: 9,6%, K: 2,2%, Str: 2,2%, PsA: 0,6%. Por foco: IRVB: NR: 12,7%, Neg: 73,6%, Staph: 3,6%, EC: 2,7%. ITU: NR: 12,8%, Neg: 54,3%, EC: 18,1%, K: 2,1%. IIA: NR: 15,4%, Neg: 65,4%, EC: 7,7%, K: 3,8%. IPTB: NR: 33,3%, Neg: 55,6%, Str: 11,1%. NF: NR: 11,1%, Neg 88,9%, Otros: NR: 30%, neg: 50%, SA: 10%, Str: 10%. FD: NR: 13,6%, Neg: 54,5%, EC: 13,6%, Str: 4,5%. p<0,05. Resultado de UC: ITU: NR: 12,4%, Neg: 28,9%, EC: 24,7%, PA 5,2%, Ent: 5,2%, K: 4,1%. FD: NR: 20,6%, Neg: 47,1%, EC: 11,8%, Ent: 2,9%, Cand: 2,9%. MH según HC: NR: 23,9%, Neg: 21,7%, EC: 22,6%, str: 42,9%, Resto: 0%. MH según UC: NR: 26,1%, Neg: 20,1%, Cand 33,0%, Ent: 20,0%, otros-BGN: 20%. PsA: 14,3%. MH según HC: NR: 23,9%, Neg: 21,7%, EC: 22,6%, str: 42,9%, Resto: 0%. MH según UC: NR: 26,1%, Neg: 20,1%, Cand 33,0%, Ent: 20,0%, otrosBGN: 20%. PsA: 14,3%.

Conclusiones:

Todavía existe un porcentaje de pacientes a los que no se les extraen muestras para hemocultivo. La rentabilidad de los hemocultivos fue escasa. El microorganismo más frecuente fue *Escherichia coli*. En IRVB el más frecuente fue *Staphylococcus* spp., en ITU *E. coli*. En los urocultivos el más frecuente fue también *E. coli*. La mayor mortalidad recogida fue en pacientes con HC positivo a *Cándida*, seguido de pacientes con HC negativo y pacientes con HC positivo a *Enterococcus*.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

P-934

DIAGNÓSTICO TARDÍO DE UN SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

F Oltra Hostalet, MM Portillo Cano, MO García Sánchez, C Navarro Bustos

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Palabras Clave: síndrome de inmunodeficiencia adquirida, diagnóstico precoz, factores epidemiológicos

Objetivos:

Disminuir el diagnóstico tardío (DT) de la infección por VIH es uno de los principales retos de la respuesta a la epidemia del VIH. Al menos la mitad de los pacientes con VIH presentan indicios de DT, definiéndose éste por CD4 <350 c/μl. El DT es más frecuente en hombres e inmigrantes, implicando mayor mortalidad. El diagnóstico diferencial del síndrome agudo por VIH incluye con mayor frecuencia, virasis inespecíficas, síndrome mononucleósido y gripe.

Material o pacientes y método:

Se presenta el caso de un paciente natural de Senegal, de 32 años, sin factores epidemiológicos de interés, que consulta en urgencias por presentar cuadro de sensación febril, malestar general y mialgias, y dificultad respiratoria, ingresando en UCI en situación de shock séptico con fracaso multiorgánico de origen respiratorio. Previamente había consultado en varias ocasiones por cuadro de infección respiratoria de origen vírico. Durante su estancia en la unidad el paciente precisa IOT con VMI prolongada, y antibioterapia de amplio espectro, requiriendo realización de traqueotomías para mejor manejo de secreciones.

Resultados:

En pruebas complementarias destaca la aparición de CD4 210, presencia de herpes simple en cultivo bronquial y positividad para síndrome mononucleósido. El paciente presenta evolución favorable durante su ingreso en planta de enfermedades infecciosas siendo alta para seguimiento en consultas externas.

Conclusiones:

Aunque el diagnóstico de casos nuevos por VIH tiende a disminuir en los últimos años, como se ha comentado anteriormente, un gran porcentaje presenta un DT. Ante un paciente sexualmente activo con cuadros de repetición compatible con virasis y leucopenia seriadas se le debe realizar la prueba de detección del VIH en atención primaria para conseguir un diagnóstico precoz de la infección por VIH. En nuestro caso, el paciente se muestra en fase crónica, presentando enfermedades definitivas de VIH como herpes simple bronquial.

P-935

OPTIMIZACIÓN DE LA ECOGRAFÍA DE URGENCIAS EN LA TVP

JF Alija Castro (1), MV Alonso Pino (2)

(1) Hospital Punta Europa, (2) Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz

Palabras Clave: trombosis venosa, ecografía doppler, criterios Wells

Objetivos:

La incidencia anual de TVP es 1-1,26/1000 personas, duplicándose en la población mayor de 40 años y ocupando el tercer lugar entre las enfermedades cardiovasculares tras la coronaria e ictus.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional transversal en 2013 en el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Comarcal Punta Europa. Muestra de 196 pacientes con prueba de imagen urgente (urgencias y otros servicios) para descartar TVP.

Resultados:

Total eco-doppler para estudio de TVP: 196. Sobre los criterios de petición del estudio de eco-doppler: Resultaron 26 estudios con DD positivo. Con sospecha clínica 65. Sin información clínica 105. Sobre los resultados de la ecografía: Tuvieron criterios ecográficos de TVP 48 frente a 148 que resultaron negativas. Según edad: En mayores de 65 años con criterios ecográficos de TVP, aportaban DD 5 y criterios clínicos 5. No aportaban información 18. En menores de 65 años con criterios ecográficos de TVP, aportaban DD 9 y criterios clínicos 3. No aportaban información 46. Según género: Mujeres con criterios ecográficos de TVP, aportaban DD 6 y criterios clínicos 7. No aportaban información 14. Hombres con criterios ecográficos de TVP, aportaban DD 4 y criterios clínicos 5. No aportaban información 12.

Conclusiones:

De las casi 200 peticiones de 2013, el 46% se basaba en DD positivos o alta sospecha clínica, mientras que un 54% de las peticiones no tenían DD previamente comprobado, la sospecha y criterios clínicos no eran adecuados. Aproximadamente el 24% resultaron positivas, aumentándose el grado de acierto en hasta un 38% en las peticiones de exploración precedidas de Dímeros positivos. Para la optimización de recursos y mejora asistencial, basándonos en publicaciones actualizadas, criterios clínicos y analíticos se propone la siguiente adecuación del enfoque: Métodos de diagnóstico: Sospecha clínica: criterios de Wells. Analítica: dímero-D: alto VPN, > 99%. Siendo menor 0,5 mg/l, con baja sospecha clínica (Wells < 1), se descarta TVP. Ecografía Doppler Prueba de elección. TVP proximales y sintomáticas Sen > 95%, Esp > 95%. TVP distales, disminución de Sens 75%. Signos ecográficos: Aumento del calibre de la vena. Ocupación de la luz por material ecogénico. No colapso de la vena. Ausencia de flujo venoso.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

P-936

EL TRATAMIENTO BASAL Y LOS INGRESOS PREVIOS COMO PREDICTOR DE REVISITAS Y REINGRESOS EN LA EXACERBACIÓN DE EPOC

J Amigo Angulo, A Antón Ladislao, S Zabala Bidaguren, J Gamazo del Río, A Zabala Acerecho, I Mendia Bilbao, E Pulido Herrero

Hospital de Galdakao-Usansolo. Usansolo-Bizkaia

Palabras Clave: EPOC, exacerbación, hospitalización

Objetivos:

Las exacerbaciones (EAEPOC) son frecuentes. Los EPOC severos sufren entre uno y cuatro episodios anuales siendo uno de los más importantes motivos de ingreso hospitalario en nuestro medio así como de admisión en urgencias.

Material o pacientes y método:

Estudio de cohortes prospectivo en el que se reclutaron 204 pacientes con síntomas de AEPOC que fueron atendidos en el servicio de urgencia del hospital Galdakao-Usansolo entre noviembre de 2011 y septiembre de 2012. Se recogieron variables de la historia clínica y del episodio de urgencias. 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 89,71% fueron hombres, cuya edad media era 74,66 (10,28) años y su FEV basal era $<$ o igual a 50 en el 59,66%. En los dos meses de seguimiento de los pacientes, 77 (37,75%) revisitaron las urgencias y 46 (22,55%) reingresaron en planta. Las variables que se relacionaron con la revisita-reingreso a urgencias fueron: número de ingresos por exacerbaciones en el último año mayor o igual a 3, puntuación de la escala Borg el día de la exacerbación y aerosolterapia (B2 de acción corta y anticolinérgicos de acción corta) en tratamiento basal.

Conclusiones:

Prevenir las exacerbaciones así como ajustar el tratamiento basal es algo primordial para frenar la progresión del EPOC. En resumen, para un mejor control de las exacerbaciones y sus consecuentes visitas a urgencias, es necesario un control adecuado de su medicación basal.

P-937

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN URGENCIAS: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y PERFIL DE RIESGO

BE González García, T López Martínez, M García Acuña, JC Díaz Polanco, M Álvarez Pérez, EZ Estrada Vindel, L Álvarez Rodil

Hospital de Jario. Gijón

Palabras Clave: tromboembolismo, urgencias, factor de riesgo

Objetivos:

El Tromboembolismo Pulmonar Agudo (TEPA) es una patología frecuente en los Servicios de Urgencias (1 caso/1000 personas/año). Esta incidencia aumenta con la edad siendo en mayores de 85 años de hasta 1 caso/100 personas/año. El progresivo envejecimiento de la población, las comorbilidades asociadas y la inmovilización se relacionan con mayor prevalencia de la enfermedad en este grupo poblacional.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo realizado en el Hospital de Jario (Área Sanitaria I, Asturias). Se revisaron variables de las historias clínicas informatizadas de pacientes diagnosticados de TEPA, atendidos en Urgencias, durante 18 meses (1 Julio 2014 al 31 Diciembre 2015).

Resultados:

Se obtienen datos de 68 pacientes, 58,8% mujeres ($n=40$) y 41,2% hombres ($n=28$). Edad media de 75,74 años, siendo las mujeres 10 años mayores (80 años mujeres, 70 años hombres). Aunque la aparición del TEPA se duplica a partir de los 65 años (23,18% entre 66-75 años frente al 10,14% entre 56-65 años), predominó entre los 76-85 (39,13%, $n=27$). Los factores de riesgo más prevalentes fueron: inmovilización (40,6%), antecedente de trombosis venosa profunda (TVP, 22,7%) y TEPA (15,2%). La historia de neoplasia, obesidad y tabaquismo fue similar (13,6%). El 9,1% realizó cirugía mayor previa y el 7,6% tenían Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Los factores de riesgo menos frecuentes fueron: antecedente de fractura de pelvis, fémur y tibia (6,1%), insuficiencia cardíaca congestiva (ICC, 4,5%) y viajes prolongados (3%). Los trastornos de coagulación, sepsis e infarto agudo de miocardio (IAM) se registraron por igual (1,5%). Las mujeres presentaron mayor inmovilización (45,94% frente al 33,3% hombres) y obesidad (17,94% frente al 7,14% hombres), mientras que los hombres eran más fumadores (28,57% frente al 2,63% mujeres) y EPOC (17% frente al 0% mujeres).

Conclusiones:

La prevalencia del TEPA aumenta con la edad y predomina en mujeres. Existen diferencias de género en el perfil de riesgo. Se precisa mayor promoción y prevención de la salud para controlar los factores de riesgo.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

P-938

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PRESENTACIÓN E IMPLICACIONES DE LA SOSPECHA DE TUBERCULOSIS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

EP Fernández Fernández, E Martínez Suárez, L Pacho Millán, G Sauca Subías, JA Capdevila Morel, F Casarramona Lobera

Consorti Sanitari del Maresme. Mataró, Barcelona

Palabras Clave: tuberculosis, aislamiento respiratorio, baciloscopia

Objetivos:

La tuberculosis es una enfermedad muy prevalente en nuestra área con una incidencia de entre 15-18 casos/105 habitantes-año. Esto representa un reto diagnóstico y de tratamiento que a menudo se realiza en urgencias.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo-retrospectivo de pacientes diagnosticados de TBC durante 2015 que ingresan a través de urgencias. La recogida de los datos se hizo con la historia clínica informatizada, ordenes de aislamiento y baciloscopias de esputo. Criterios de inclusión: ser diagnosticado de TBC durante 2015 y tener ≥18 años.

Resultados:

Se han diagnosticado 34 casos. El 72.72% acude vía Urgencias (n=24), 18 hombres y 6 mujeres. La edad media es 28.9 años. Motivo de consulta más frecuente tos (29%) y fiebre (25%). Síntoma principal tos (75%), fiebre (46%) y disnea (25%). Duración clínica muy variable, de 3 hasta 365 días. Hallazgos radiológicos más frecuentes: derrame pleural (31.43%), infiltrado (22.86%). Se solicitan 74 BK en urgencias 18 de los cuales eran tuberculosos. Se sospecha tuberculosis en 15 pacientes (62.5%). El 54.16% de los pacientes tuberculosos eran bacilíferos. De los bacilíferos se pidió BK en esputo en 33.3% del os casos. Se aíslan 11 pacientes (45.83%), no se aíslan 13 pacientes.

Conclusiones:

Aproximadamente ¾ (72.72%) pacientes con TBC son diagnosticados en ámbito hospitalario. Se sospecha en urgencias el 62.5% y se pide BK en 75%. Motivo más frecuente de consulta es tos y fiebre de larga duración. Se aíslan 45.84% y de éstos, el 54.54% tiene indicación correcta, por otra parte el 53.84% de los pacientes no aislados tendrían que haber sido aislados.

P-939

LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS. TEP DEBUTANTE CON DOLOR ABDOMINAL

V Martínez Prieto (1), AM Pozo Cascajosa (2), S Galindo Vacas (1), JM Franco Franco García (1), A Cotan Barbadillo (1), RM Martínez Ruiz (1), M Romero González (1)

(1) EPSBG Hospital Alta Resolución, Écija, (2) SAMU. Madrid

Palabras Clave: pulmonary embolism, abdominal pain, differential diagnosis

Objetivos:

Hay enfermedades que enmascaran sus signos y síntomas, por ello la anamnesis dirigida ante cualquier sospecha clínica, correlacionando los antecedentes del paciente, es la que nos lleva al diagnóstico de presunción.

Material o pacientes y método:

Hombre 33 años, exfumador desde 2009, sin patología de interés, intervenido hace una semana de apendicitis, sin incidencias. Acude a la semana por dolor abdominal en epigastrio que irradia a espalda en área interescapular, con frecuentes eructos, atendido en CS y Hospital con valoración por Cirugía que tras exploración y resultados, descarta patología abdominal quirúrgica urgente, se cataloga de dispepsia y meteorismo. Reconsulta por la noche por intensificación del mismo dolor, afebril, no diarrea, no vómitos, y que no cede con procinético pautado en CS. Se le coloca sonda rectal con bolsa para intentar aliviar ¿los gases? y analgesia iv pero el dolor interescapular se acentúa cada vez más a la inspiración. A la exploración, AEG, eupneico en reposo, Saturación O2, 98%. ACR rítmico, MVC sin ruidos sobreañadidos.

Resultados:

Análítica normal, ECG RS a 70 lpm, BIRDDH, no objetivándose patología aguda en la repolarización. Por el dolor interescapular acentuado, se solicita Dímero D: 2349 ng/ml. Se reinterroga al paciente dirigiendo la historia, AP de trombosis familiar tras IQ en 2 familiares, ante sospecha moderada de TEP (criterios de Wells: puntuación de 4.5 teniendo en cuenta, cirugía en las últimas 4 semanas y que otros diagnósticos son menos probables que el TEP), se anticoagula con Enoxaparina y se deriva a Hospital de Referencia para continuar estudio de imagen. + AngioTAC pulmonar: defecto de repleción subsegmentaria en arteria basal derecha + Ecocardiografía: ligera dilatación de ventrículo derecho con función sistólica normal. Diagnóstico final: TEP subsegmentario derecho, posible progresión a infarto pulmonar con repercusión cardiaca leve sin hipertensión pulmonar. Se le inicia ACO con Sintrom, Pendiente de estudio de trombofilia por Hematología.

Conclusiones:

La alta sospecha de TEP pese a lo oligosintomático del cuadro, junto a la pronta actuación desde urgencias, iniciando la ACO precoz, evitó complicaciones drásticas en este paciente, literalmente se le salvó la vida.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

P-945

EDEV EN URGENCIAS. REGISTRO DE ACTIVIDAD. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

M Jiménez Casado, M Rubio Gómez, JM Tenías Guallar, JL del Río Aisa, JM Abascal Roda, S Duerto Cebollada, JA García Noain

Hospital Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Palabras Clave: emergency department, pulmonary embolism, risk factors

Objetivos:

La incidencia de EDEV en los servicios de urgencia hospitalarios se estima en 30 casos por 100000 habitantes/año, siendo el 35% pacientes con TEP.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo, revisando los pacientes diagnosticados de EDEV en nuestro Servicio durante el primer semestre del año 2014, y recogiendo datos de la actividad asistencial y de los factores de riesgo asociados.

Resultados:

Se analizaron 104 episodios (61000 urgencias), con una mediana de edad de 74 años, el 80% mayores de 60 años, predominio del sexo femenino (55%) y 36% de diagnósticos de TEP. El nivel de prioridad asignado en el triaje predominante fue el IV con un 50%, siendo atendidos en el área de Atención Médica (62%), precisando ingreso hospitalario en el 58% de los casos, y siendo los servicios de destino Angiología y Cirugía Vascular (36%) seguido de Medicina Interna (28%). Al estudiar los factores de riesgo asociados encontramos un 1% con antecedente de embarazo/puerperio (6 meses del parto), un 2% con toma de anticonceptivos, y otro 1% el haber portado un catéter venoso central. El 22% de los pacientes habían permanecido encamados al menos 4 días, el 5% sufrido una infección aguda grave/sepsis, y el 13% un traumatismo/fractura de miembros inferiores. El diagnóstico de AVCA/IAM apareció en el 9% de los casos, el de insuficiencia cardíaca clase III/IV en el 3%, el de diabetes mellitas en el 18%, el de EPOC grave en el 6%, y se constató la existencia de criterios de obesidad (IMC>30) en el 30% de los sujetos. El 16% de los enfermos tenían una neoplasia activa y el 4% habían recibido quimioterapia en los 30 días previos. Más de un 15% había sufrido una EDEV previa, y un 4% tenía un diagnóstico de trombofilia.

Conclusiones:

Nuestra incidencia y factores de riesgo asociados se ajustan a los descritos en otras series.

P-947

APLICACIÓN DE UNA ESCALA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE LA COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA ASOCIADA A SEPSIS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA

VE Pacheco Barcia, S Otero Rodríguez, C Cuéllar Pérez-Ávila, M Sánchez Galindo, A von Wernitz Teleki, C del Arco Galán

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

Palabras Clave: sepsis, coagulación intravascular diseminada, diagnóstico precoz

Objetivos:

La coagulación intravascular diseminada (CID) es un trastorno adquirido de la hemostasia, desencadenado entre otras causas por sepsis grave (SG) y shock séptico (SS). Su identificación temprana en el Servicio de Urgencias es clave para un correcto tratamiento.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional retrospectivo. Periodo de estudio: 1/1/2010 al 31/11/2015. Criterios de inclusión: mayores de 18 años con diagnóstico al alta de SG o SS y coagulopatía. Criterios de exclusión: pacientes con trombopenia o alteración de la coagulación previas al episodio. Se recogieron variables demográficas, clínicas y evolutivas mediante la revisión de historias clínicas.

Resultados:

Se incluyeron 72 pacientes, 62,5 % hombres, con edad media de 67,4 años. El 70,8% presentaban 3 o más criterios clásicos de SRIS. El 41,6% presentaron menos de 80.000 plaquetas/mm³ o un descenso > 50% en las primeras 24 horas, el 37,5% presentaron un tiempo de protrombina/tiempo de protrombina normal mayor a 1,2. El 43% cumplía criterios de CID según la escala JAAM modificada (4 y 5 puntos), el 29% fueron codificados al alta como CID. La mortalidad global fue del 47,2%. Por subgrupos la mortalidad fue: del 66% en los pacientes codificados como CID, 50% en los pacientes que cumplían criterios JAAM modificados y que no fueron etiquetados de CID y 41,5% entre los pacientes que no cumplían criterios JAAM modificados.

Conclusiones:

La presencia de coagulopatía en el momento del diagnóstico de SG/SS ensombrece el pronóstico, adquiriendo su máxima expresión en aquellos pacientes diagnosticados de CID. Es de vital importancia detectar precozmente estos casos. Aplicar la escala JAAM modificada en el momento del diagnóstico en el Servicio de Urgencias hubiera permitido detectar un 31% más de pacientes que cumplían criterios de CID.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

P-948

¡MALDITO MOSQUITO!

**MC Quesada Martínez (1), N Rodríguez García (1),
G Cano Conesa (2), MD Medina Abellán (3), A Tomás Muñoz (4)**

(1) Hospital Universitario Reina Sofía. Murcia, (2) Hospital Rafael Méndez. Lorca, Murcia, (3) CCSS Espinardo. Murcia, (4) Centro de Salud Vistabella. Murcia

Palabras Clave: VIH, headache, retinal diseases

Objetivos:

Varón de 40 años, presenta lagrimeo ocular y cefalea periorbitaria izquierda irradiada a occipital, pulsátil, gran intensidad y súbita. Comenzó hace una semana tras un impacto en ojo izquierdo de un ?mosquito?, valorándose con diagnóstico de cuerpo extraño, en la actualidad persiste visión borrosa. Afebril. Fotofobia y sonofobia. TA 157/98, FC 94, r 36.5. Exploración física: normal. Neurológico: consciente y orientado, pupilas isocóricas normoreactivas, pares centrados y simétricos. Fuerza y sensibilidad conservada, no meníngeos, ROTs presentes y simétricos, maniobras coordinación sin disimetrías, marcha conservada. Alteración en campimetría por confrontación con visión borrosa en cuadrante inferior izquierdo de ojo izquierdo. Exploración oftalmológica: destaca la presencia de focos de necrosis retiniana, inferior, temporal, nasal periféricos extensos confluentes sin edema de papila. Realizándose punción de humor acuoso. Fondo ojo: dificultad para visualización por opacidad, nervio óptico con excavación fisiológica normocoloreado, mácula no valorable, vasos con signos de vasculitis sobre todo en periferia inferior, retina desprendida nasal a nervio óptico con focos de retinitis, vitritis y pars planitis. Analítica: bioquímica, hemograma y coagulación normal. Serología: toxoplasma IgG > 200 U/ml POSITIVO, Ig M negativo. VIH POSITIVO. VZV Ig G POSITIVO. Serología lues, HBsAG, anti VHC, anti VCA, CMV, VHS 1-2, Mycoplasma, coxiella, rickettsia, borrelia y Bartonella NEGATIVOS. Mantoux negativo TC craneal: sin alteraciones.

Resultados:

Juicio diagnóstico: VIH estadio C3. Desprendimiento de retina ojo izquierdo. Diagnóstico diferencial: toxoplasmosis cerebral, necrosis retiniana aguda por VZV, desprendimiento de retina, cefalea en racimos.

Conclusiones:

Ante un paciente con VIH y alteraciones visuales debemos pensar en los siguientes agentes causales: CMV, toxoplasma, cándida, M tuberculosis, sífilis y VZV produciendo necrosis retiniana. El diagnóstico se realiza mediante fondo de ojo. Suelen dar alteraciones monoculars (en caso de alteraciones bilaterales, considerar pruebas de imagen de SNC). Nuestro paciente durante su ingreso inició antivirales (emtricitabina, tenofovir disoproxil y dolutegravir) + doxiciclina + cotrimoxazol a dosis elevadas, requiriendo intervención quirúrgica para recolocación de retina.

P-953

VALIDEZ Y SEGURIDAD DE UN TEST CUANTITATIVO DE DÍMERO D AJUSTADO A EDAD EN PACIENTES DE 50 AÑOS O MÁS EN EL DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

**B Paderne Díaz, NC Rodríguez Hernández, WA Fulgencio Inoa,
A Vergaz Ballesteros, J García Martín, VE Romero Zegarra,
B Benito Pasamontes**

Urgencias. Hospital de Móstoles. Madrid

Palabras Clave: pulmonary embolism, diagnosis, fibrin fragment D, age, adjusted, D-Dimer

Objetivos:

En los últimos años se está validando el uso de un punto de corte del DD ajustado a edad (edad 10 μ g/L) que parece asociarse a un mayor rendimiento diagnóstico del en pacientes de 50 años o más con una disminución en la tasa de falsos positivos que permitirían ahorrar costes y yatrogenia derivado del TAC de arterias pulmonares (TACAP)

Material o pacientes y método:

Se calcula un tamaño muestral para un nivel de confianza al 95% y precisión del 4% para pruebas diagnósticas de 527 pacientes. Se recogen retrospectivamente 525 pacientes consecutivos de 50 años o más a los que se realiza TACAP por sospecha de TEP, probabilidad baja o intermedia según Score de WELLS y $DD > 500 \mu$ g/L. Se consigna la variable test + /- si DD mayor o menor que edad $\times$ 10. Se construye tabla 2 $\times$ 2 y se calculan sensibilidad (Se), especificidad (Es), valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN), potencias diagnósticas positiva y negativa de la prueba (CP+ y CP-) y la probabilidad postprueba en función de la prevalencia (Prpostpr).

Resultados:

La prevalencia de TEP fue de 17,14% (IC95%, 13,94%-20,34%) sin diferencias estadísticamente significativas por edad. La Se fue del 100% (IC 95%, 96%-100%). La Es fue del 21,6% (IC95%, 17%-25%). El CP+ fue de 1,26 y el CP- de 0. El VPP fue del 20 % (IC95%, 16,9%-24%) y su VPN del 100% (IC95%, 96,8%-100%). La Pr postpr positiva fue del 4% para los de baja probabilidad y del 32,4% para los de probabilidad intermedia. La Pr postpr negativa fue del 100% para los de baja e intermedia probabilidad.

Conclusiones:

En pacientes de 50 años o más y filtrado glomerular > 60%, el DDeidad es un test válido y seguro para confirmar la ausencia de TEP cuando el test es negativo.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

P-960

UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE HEMATURIA

P Valdres Carroquino, A Sánchez López, JL del Río Aisa, JM Abascal Roda, R Royo Hernández, S Duerto Cebollada, J Navarro Calzada

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Palabras Clave: schistosoma, haematuria, immigration

Objetivos:

Las parasitosis urinarias han sido, y continúan siendo, poco frecuentes en nuestro medio de trabajo, aumentando algo más debido al aumento de la inmigración. Presentamos 2 casos, uno de ellos un paciente procedente de Mali y el otro un viajero que recientemente había visitado Tanzania y Kenia. Ambos presentaban S. miccional y hematuria. En todos ellos se instauró de entrada analgesia y en uno de ellos tratamiento antibiótico, resultando ineficaz y provocando repetidas visitas a Urgencias. Hasta que no se objetivó en estudio ambulatorio la presencia del parásito y se instauró tratamiento específico, no se resolvió el cuadro.

Material o pacientes y método:

Presentar 2 casos de pacientes atendidos en nuestro Servicio. Caso 1: Varón 23 años, procedente de Ghana, residente en España desde hace 4 meses que consulta por S. miccional, polaquiuria y hematuria intermitente de larga evolución, sin fiebre. Tratado en Atención Primaria con diclofenaco y ciprofloxacino, sin mejoría. Acude a Urgencias, etiquetándose de cólico nefrítico, tratado con Ketorolaco y remitido de nuevo a Primaria. Este lo remite de nuevo al no mejorar, siendo tratado con Tramadol y remitido a CCEE de Urología. Caso 2: Varón 55 años, español que recientemente ha realizado viaje de aventura por Kenia y Tanzania hacía 2 meses. Refiere disuria, polaquiuria y hematuria intermitente al final de la micción. Las pruebas complementarias resultaron negativas, instaurando tratamiento con Desketoprofeno y Amoxicilina-Clavulánico, resultando ineficaz. Regresó en 7 días y se decidió cambio de antibiotico a Cefuroxima y remisión a su especialista para estudio ambulatorio.

Resultados:

En ambos casos se realizó cistoscopia que evidenció la presencia del parásito en vejiga. Evolucionando satisfactoriamente con el tratamiento específico con Biltricide a dosis de 40 mg/Kg en dos tomas, solucionó el problema.

Conclusiones:

La presencia de hematuria acompañado o no de síndrome miccional en un paciente joven originario o viajero reciente en estas zonas debe hacernos pensar en una esquistosomiasis vesical. Ante esta sospecha un método diagnóstico fundamental es la citología urinaria.

P-961

DESENLAJE DEL DETERIORO COGNITIVO

MB Moltó García, IM Fernández Guerrero, Al Mora Gómez, J Roca Guiseris

Hospital Virgen de las Nieves. Granada

Palabras Clave: infectious endocarditis, methicillin staphylococcus aureus, vascular catheter

Objetivos:

Mujer de 69 años con AP: HTA, DM, SAOS, FA, Insuficiencia renal en hemodiálisis, que acude al servicio de urgencias por deterioro del estado general, desde hacia 5 días, acompañado de tos sin expectoración y fiebre de hasta 38°. Evolución tórpida con picos febriles, náuseas, vómitos y disnea de medianos esfuerzos haciéndose de reposo. Ingresa en observación de urgencias donde desarrolla reagudización del fallo renal y signos de mala perfusión distal, acidemia mixta, observándose catéter de hemodiálisis en subclavia derecha con hiperemia sin purulencia, Glasgow 11/12. Abdomen doloroso a la palpación en hipocondrio izquierdo Se ingresa en UCI con diagnostico de SEPSIS SEVERA, instaurándose tratamiento antibiótico y soporte ventilatorio con BiPAP. Se identifica un *Stafilococo aureus meticilin* sensible en hemocultivos, de posible origen en el catéter vascular definitivo.

Material o pacientes y método:

Se obtuvieron hemocultivos donde se identificó a S.Aureus y tras conocido el antibiograma se ajustó tratamiento con cloxacilina y gentamicina Se le realizó ecocardiografía (ETT+ETE) donde se confirmó la existencia de endocarditis aguda sobre válvula mitral nativa. ECG: Ritmo sinusal con BRDHH+HAL. Ecografía abdominal: Hepatomegalia, coleditis, lesión quística pancreática sugerente de adenoma mucinoso. Riñones atroficos.

Resultados:

Se valoró en sesión médico-quirúrgica la posibilidad de tratamiento quirúrgico de sustitución valvular, pero dada las comorbilidades de la paciente (diálisis crónica, insuficiencia respiratoria con HTP severa), limitación funcional previa y patología crítica se descartó. Se le sustituyó catéter por vía femoral para las sesiones de hemodiálisis. Tras nueva ecocardiografía se observó insuficiencia mitral mas significativa, necesitó VMNI sin posibilidad de desconexión por disnea y saturación. Finalmente se produjo exitus de la paciente.

Conclusiones:

La mayoría de los usuarios de las urgencias son fisiopatológicos y conllevan comorbilidades. Su valoración es mas complicada y debe de ser mas exhaustiva y minuciosa. Por ello, debemos de tener una visión global para no llegar a una situación final como la de nuestra paciente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

P-967

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MANEJO DIAGNÓSTICO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS ESPAÑOLES: ¿PODRÍAMOS LOS URGENCIÓLOGOS SER MÁS AUTÓNOMOS?

M Sánchez González (1), P Herrero Puente (1), M Debán Fernández (1), JJ Gil Román (1), S Jiménez (2), P Ruiz-Artacho (3)

(1) Área de Urgencias. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, (2) Área de Urgencias. Hospital Clínic. Barcelona, (3) Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Palabras Clave: enfermedad tromboembólica venosa, servicios de urgencia, manejo

Objetivos:

Es en los Servicios de Urgencias (SU) donde se establece el diagnóstico en la mayoría de las ocasiones en que la enfermedad tromboembólica venosa (ETV) se desarrolla ambulatoriamente y son pocos los estudios que hayan analizado signos y síntomas por los que acude el paciente con ETV y el proceso diagnóstico desde la perspectiva exclusiva del SU.

Material o pacientes y método:

El registro ESPHERIA es un estudio de cohortes prospectivo multicéntrico que incluyó 53 SUH españoles de 15 Comunidades Autónomas. Se incluyeron pacientes atendidos en los SU que eran diagnosticados de ETV (TVP o TEP), entre el 13 de octubre y 14 de diciembre de 2014. La inclusión se realizó mediante un muestreo consecutivo durante el periodo que requería cada centro para alcanzar un número máximo de pacientes entre 15-20. Se recogieron variables clínicas y pruebas diagnósticas realizadas en los SU para alcanzar el diagnóstico de ETV.

Resultados:

Un total de 801 pacientes con ETV fueron incluidos en el estudio. 399 (49,8%) tenía TEP, con o sin TVP. La edad media de los pacientes fue 66 años. El motivo más frecuente de consulta en el paciente con TEP fue la disnea (76,6%), seguido del dolor torácico (47,7%) y la tos (24,3%), siendo el síncope (12,5%) y la hemoptisis (4,93%) poco frecuentes. En el caso de la TVP los más frecuente fue el aumento de diámetro de la extremidad (83,3%), el dolor de la misma (79,1%) y el empastamiento (64,4%). El angioTC fue la prueba para el diagnóstico en el 97,7% de los casos de TEP, gammagrafía 1,6%, y en los casos de TVP la ecografía en el 98%. El ecocardiograma se utilizó en 16,1% de los pacientes con diagnóstico TEP.

Conclusiones:

La forma de presentación clínica más frecuente para el TEP es la disnea y para la TVP el aumento de diámetro de la extremidad. El estudio confirma la escasa utilización de la gammagrafía V/Q para el diagnóstico de la TEP (1,5%), siendo el angioTC la prueba de elección.

P-975

COINFECCIÓN POR DIFERENTES ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN VARÓN JOVEN

M Luna Valero, M Rodríguez Ordóñez, M Morales del Águila

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Palabras Clave: exantema, artritis, enfermedades de transmisión sexual

Objetivos:

Paciente varón que acude a urgencias por febrícula, artralgias y mialgias superpuesto a clínica de rash cutáneo y lesiones cutáneas.

Material o pacientes y método:

Varón de 39 años que acude a urgencias derivado por su Médico de Familia por cuadro de tres semanas de evolución de úlcera perianal, lesiones palmo-plantares, rash cutáneo de aparición progresiva, así como fiebre de hasta 38°C de tres días de evolución, poliartalgias de pequeñas y grandes articulaciones, sobre todo de codo derecho, y lesiones pustulosas diseminadas. No uretritis ni síntomas miccionales en ningún momento. Refiere contacto de riesgo heterosexual hace dos meses. A la exploración presenta mediano estado general con temperatura de 38,5°C, eupneico en reposo con buena hidratación. Cavidad orofaríngea sin lesiones, tonos puros y rítmicos sin apreciar soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Pápulas en palma de mano derecha, con lesiones cicatriciales palmares. Pústulas a nivel de manos, rodillas y parte anterior de las piernas con contenido purulento y halo inflamatorio perivesicular. Se aprecia gran inflamación, calor y dolor con impotencia funcional de codo derecho. No lesión en zona perianal ni genital. Adenopatías inguinales bilaterales no dolorosas. Analítica de sangre donde destaca leucocitos de 16.100 con neutrofilia, plaquetas 338000 y PCR 67. Radiografía de tórax con mínimo pinzamiento de seno costofrénico izquierdo. Ecografía de codo derecho con distensión de cápsula articular y abundante contenido líquido del que se extrae 1,5 ml de contenido amarillento turbio que se analiza.

Resultados:

Infección luética precoz. Secundarismo luético. Infección gonocócica diseminada con monoartritis séptica gonocócica de codo

Conclusiones:

Existe una gran prevalencia de enfermedades de transmisión sexual, por ello, en la anamnesis debemos consultar por la actividad de riesgo sexual en los grupos de pacientes jóvenes sexualmente activos, y plantearnos en nuestros diagnóstico diferenciales dichas enfermedades.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

P-980

PREVECODP: APLICACIÓN INFORMÁTICA PARA LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE EVENTOS ADVERSOS A CORTO PLAZO DE PACIENTES CON EEPOC

MJ Legarreta Olabarrieta (1), I Arostegui Madariaga (2), I Barrio Beraza (3), C Esteban González (4), JM Quintana López (5), S García Gutiérrez (5), E Pulido Herrero (6)

(1) Dep. Matem. Aplicada y Estadística e Inv. Op. Univ. País Vasco UPV/EHU. Leioa. Unidad de Investigación. Hospital de Galdakao-Usansolo. Galdakao. Bizkaia. Spain., (2) Dep. Matem. Aplicada y Estadística e Inv. Op. Univ. País Vasco UPV/EHU. Leioa. Unidad de Investigación. Hospital de Galdakao-Usansolo. Galdakao. Bizkaia. Spain. Basque Center for Applied Mathematics-BCAM, (3) Dep. Matem. Aplicada y Estadística e Inv. Op. Univ. País Vasco UPV/EHU. Leioa. Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas-REDISSEC, (4) Servicio de Neumología. Hospital Galdakao-Usansolo. Galdakao. Bizkaia. Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas. REDISSEC, (5) Unidad de Investigación. Hospital de Galdakao-Usansolo. Galdakao. Bizkaia. Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas-REDISSEC, (6) Servicio de Urgencias. Hospital de Galdakao-Usansolo. Galdakao. Bizkaia

Palabras Clave: exacerbación, EPOC, toma de decisión, tic

Objetivos:

Los modelos de predicción clínica juegan un papel importante en la toma de decisiones. Una aplicación informática para predecir el riesgo de muerte o de ingreso en la UCI o en la UCRI de un paciente con exacerbación de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (eEPOC), puede proporcionar ayuda en la toma de decisión y una mejora de la atención del paciente.

Material o pacientes y método:

Partiendo de dos modelos predictivos desarrollados mediante regresión logística múltiple, y de las puntuaciones creadas en base a esas dos reglas de predicción, se ha desarrollado una herramienta informática para estimar el riesgo de mortalidad a corto plazo e ingreso en UCI y/o UCRI de un paciente que acude a urgencias hospitalarias con una exacerbación de la EPOC. Una vez obtenida la estimación del riesgo, los pacientes son estratificados en niveles de riesgo para cada una de las respuestas de interés. La herramienta informática, denominada PrEveCOPD, se ha desarrollado en tres ámbitos: previa instalación en Windows, utilización on-line y aplicación para Android.

Resultados:

La interface de usuario consiste en una pantalla donde se introducen los valores de las variables predictoras de riesgo: edad, uso previo de oxigenoterapia domiciliaria (OTD) o ventilación mecánica no invasiva (VMNI), nivel de consciencia (Glasgow) alterado, uso de músculos inspiratorios accesorios, disnea basal, pH y pCO₂. La ejecución proporciona el riesgo estimado para ambos resultados adversos a corto plazo del paciente con las características introducidas, es decir, el

riesgo de mortalidad y/o de ingreso en UCI o UCRI. La herramienta además nos ofrece la clasificación del paciente como individuo de riesgo bajo, medio, alto o muy alto para cada uno de los resultados analizados.

Conclusiones:

Este trabajo proporciona una herramienta válida, fiable y fácil de usar que permite estimar y clasificar el riesgo de eventos adversos en pacientes que acuden a un servicio de urgencias hospitalario con una exacerbación de la EPOC.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

P-988

LA DIARREA NO ME DEJA DESDE HACE CUATRO DÍAS

R Castellanos Flórez, S Sánchez Ramón, JR Oliva Ramos,
B Martín Pérez, N López Herrero, M Moya De la Calle,
J Álvarez Manzanares

Servicio urgencias. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Palabras Clave: colitis pseudomembranosa, diarrea aguda, antibióticos

Objetivos:

La colitis asociada a antibióticos se caracteriza por una inflamación de la mucosa intestinal tras la toma de antibióticos y causada frecuentemente por toxinas producidas por la bacteria *Clostridium difficile*.

Material o pacientes y método:

Mujer de 30 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por flemón dentario, pautando al alta clindamicina 600 mg/8 horas asociado a Ibuprofeno 600 mg/8 horas. A las 48 horas acude a urgencias por diarrea, realizándose analítica completa con PCR, normal. Alta a domicilio con diagnóstico de diarrea inespecífica sin modificaciones del tratamiento previo. Tras 48 horas vuelve a urgencias por persistencia de la diarrea y astenia, tras comprobar en nueva analítica que no hay cambios con respecto a la previa se decide nueva alta con medidas higiénico-dietéticas, continuando con clindamicina pautada en primera consulta. A las 72 horas vuelve a urgencias por persistencia de diarrea, con afectación del estado general, tenesmo y astenia. Realizándose analítica con reactantes de fase aguda siendo todo normal. Ante la sospecha de posible colitis pseudomembranosa se solicita PCR para toxina por *Clostridium difficile* siendo esta positiva y comenzando tratamiento con metronidazol 500 mg/8 y sueroterapia. Ingresa en el Servicio de Digestivo. Evolución favorable.

Resultados:

Los antibióticos pueden alterar la microbiota intestinal y reducir la resistencia del tubo digestivo a la colonización por patógenos. Entre el 3 y el 29% de los pacientes hospitalizados que reciben tratamiento antibiótico desarrollarán diarrea. *Clostridium difficile* es la causa más frecuente de diarrea infecciosa adquirida en un hospital en el mundo desarrollado y en los últimos años asociándose a mayor morbimortalidad.

Conclusiones:

Aunque *C. difficile* puede estar presente en las heces de un 3% de adultos sanos como portadores. Del 10-25% de las diarreas son causadas por antibióticos, y de ellas, del 90 al 100% de los casos son colitis pseudomembranosa. La infección por *C. difficile* también puede aparecer sin tratamiento previo con antibióticos, en pacientes inmunodeprimidos.

P-989

PNEUMONITIS INTERSTICIAL AGUDA POR CERTOLIZUMAB (ANTI-TNF). POSIBLE DESENCADENANTE

G Bustamante Sánchez, J Esplugas Abos, L de Prado Peña,
V Barragán Flores, J Espinach Alvaros, V Medialdea Dziatzko,
E Quillama Torres

Hospital Sant Joan de Deu. Martorell, Barcelona

Palabras Clave: anti-TNF, enfermedad pulmonar intersticial difusa, certolizumab

Objetivos:

El certolizumab (CZP) es un nuevo fármaco y diferente anti TNF- γ formado por fragmento Fab de un anticuerpo monoclonal murino humanizado unido a dos moléculas de polietilenglicol, a demostrando su mayor eficacia clínica en ensayos controlados en la Artritis Reumatoidea (AR) y en la enfermedad de Crohn en comparación los anteriores inhibidores de TNF-. Los Inhibidores de TNF han revolucionado el tratamiento de la artritis inflamatoria, sin embargo la manipulación de las citoquinas tienen consecuencias potencialmente perjudiciales, ya que tienen papeles fisiológicos y patológicos, los efectos secundarios comunes como la erupciones cutánea, y otros suelen ser leves, la mayor preocupación son los efectos adversos graves, en particular las infecciones y los tumores, y la enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) que es potencialmente fatal.

Material o pacientes y método:

Paciente de 35 años afecta de AR, seropositiva, FR 60, antiPCC >600, ANA negativos, en tratamiento de monoterapia con CZP desde 10/14, tiene gatos, perros y pájaros en casa, desde el Enero 2016 disnea progresiva de medianos esfuerzos, se añade expectoración verdosa, atendida en urgencias previamente por disnea sin fiebre, y placa de tórax normal, 1 semana después aumento de la disnea y fiebre, es ingresada por revelar en placa de tórax infiltrado intersticial difuso, TAC tórax enfermedad intersticial difusa extensas áreas en 'vidrio deslustrado' y engrosamiento de cisuras y septos con patrón 'crazy paving' compatible con pneumonía intersticial aguda. Se plantea la sospecha de EPID por Anti TNF- γ .

Resultados:

Valoración de las complicaciones sistémicas de los anti-TNF en la EPID.

Conclusiones:

El papel de los anti TNF- γ en la EPI de nueva aparición en pacientes con AR es extremadamente complejo y parcial, y el mecanismo de acción de esta reacción inmunopatológica es poco clara, para obtener más información el lavado bronquio-alveolar y la biopsia transbronquial deben llevarse a cabo siempre que sean posibles para evaluar la prevalencia, así como realizar los registros internacionales.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

P-990

NO TODAS LAS LUMBALGIAS SON MECÁNICAS

Y López Albarrán, R Rodríguez Calveiro, G Peña y Lillo Echeverría, LJ Arce Segura, E Díaz Vera, P Tranche Álvarez-Cagigas, M Sánchez Vicente

Hospital Infanta Leonor. Madrid

Palabras Clave: lumbalgia, absceso lumbar, artritis séptica

Objetivos:

El dolor lumbar supone un motivo frecuente de consulta en Urgencias. Es un síntoma secundario a multitud de procesos. La mayor parte de ellos son banales, pero un 5% corresponden a procesos sistémicos de gravedad.

Material o pacientes y método:

Mujer de 16 años. Vacunada correctamente. Sin antecedentes de interés. Acude a Urgencias por dolor lumbar de 7 días de evolución, que empeora con los movimientos. Refiere posible sobreesfuerzo previo. Empeoramiento progresivo, los últimos días no permite el descanso nocturno. Se acompaña de fiebre las últimas 48 horas. Administrada la vacuna del VPH antes de comenzar con fiebre. Exploración: T° 39°C. Dolor en musculatura paravertebral lumbar izquierda con apofisalgia L4-L5-S1. Duda de puopercusión renal izquierda. Lasegue y braggard negativos. Flexo-extensión limitada por el dolor, deambulación dolorosa. DX diferencial: Dolor lumbar mecánico, fractura vertebral, osteomielitis vertebral, artritis séptica lumbar, absceso, TBC vertebral, espondilitis anquilosante juvenil, artritis reactiva, tumor vertebral, espondilodiscitis, pielonefritis aguda, reacción postvacunal.

Resultados:

Pruebas complementarias: analítica: neutrofilia 8700, coagulación normal, bioquímica normal. PCR 221. SO normal. Rx lumbar: rotoescoliosis lumbar de convexidad derecha, sin otras alteraciones. HC: S. Aureus multisensible. RM lumbar: Mioscititis de musculatura paravertebral posterior lumbosacra a ambos lados de la línea media, con formación de pequeños abscesos a la altura de L5-S1, muy probablemente secundarios a artritis séptica de la articulación interapofisaria L5-S1 izquierda. ETT: Sin datos de endocarditis. JC: Artritis séptica de la articulación interapofisaria L5-S1 con abscesos al mismo nivel.

Conclusiones:

Es importante detectar los signos de alarma en el dolor lumbar, en este caso: edad < 20 años, fiebre, persistencia pese al reposo, mala evolución pese a analgesia, apofisalgia. La anamnesis y la exploración física sistematizada son claves para el diagnóstico diferencial. En muchos casos se etiqueta de dolor lumbar mecánico cuando en realidad son procesos de más gravedad. La paciente recibió antibioterapia, primero empírica, y posteriormente según antibiograma de hemocultivo, con buena evolución clínica.

P-1000

MORTALIDAD POR SEPSIS EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

FJ Lucas Galán, FJ Lucas Imbernón, J Ruiz López, MA Galán Traba, A Albal García, R Perales Pardo, M Olmos Alemán

Hospital General Universitario de Albacete

Palabras Clave: mortalidad, sepsis, urgencias hospitalarias

Objetivos:

Las enfermedades infecciosas y sus consecuencias (sepsis) son una causa muy frecuente de morbilidad y mortalidad en todas las áreas de la asistencia sanitaria. Son un problema de salud pública debido al aumento en las últimas décadas de su mortalidad (segunda causa de muerte en servicio de urgencias tras neoplasia). Algunas razones son en el aumento de expectativa de vida de la población general y de enfermos con patología crónica o estados de inmunodeficiencia graves. (4) Paralelamente a este aumento también se ha hecho necesario destinar más recursos para contrarrestar el aumento de la mortalidad por sepsis.

Material o pacientes y método:

Tipo de estudio: Descriptivo y relacional retrospectivo de los pacientes fallecidos por sepsis en el SUHGUA durante los años 2008-2014, excluyendo pediatría y ginecología. Variables a estudio: Edad, sexo, datos clínicos del proceso de Urgencias, consulta previa, tiempo de permanencia, enfermo terminal, mortalidad esperada. Análisis estadístico: Programa SPSS, $p < 0,05$.

Resultados:

Los paciente fallecidos en el SUHGUA son 798, La tasa de mortalidad en Urgencias es del 0,081%, La sepsis es la causa más frecuente de mortalidad 32,70% (n=261), El origen de la sepsis más frecuente es el pulmonar (63,21%). El 30,65 % (n=80) de los fallecidos por sepsis son paciente terminales con muerte previsible ($p < 0,05$). La edad media es de 81 años, el 29,6% (n=77) habían consultado previamente, el lugar de procedencia: 55,2% (n=143) acudieron desde su casa, el 34,4% (89) desde una residencia. La estancia media en Urgencias de los pacientes con muerte previsible fue 6,85 h y los pacientes sin muerte previsible 12,62 h ($p < 0,05$).

Conclusiones:

La sepsis es la causa más frecuente de mortalidad en el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario de Albacete por lo que debería revisarse los circuitos de atención en coordinación con los sistemas de atención sanitaria a nivel de atención primaria, prehospitalario, sociosanitario e intrahospitalario para establecer un protocolo de actuación que coordine la asistencia a estos pacientes.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

P-1007

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UN CÓDIGO SEPSIS EXTRAHOSPITALARIO EN EL ÁREA SANITARIA DE OSUNA

N Rodríguez Tejada, A Rodríguez Trujillo, T Navarro Morales

Área Sanitaria de Osuna. Sevilla

Palabras Clave: sepsis, asistencia, urgencias

Objetivos:

La sepsis es una enfermedad grave que puede llegar a ser mortal si no se trata a tiempo y de forma adecuada. Es una reacción inflamatoria global que afecta a todo el cuerpo ante una infección. Por ello, es de vital importancia una actuación rápida y eficaz de todo el personal actuante.

Material o pacientes y método:

Se ha realizado un protocolo donde se refleja la actuación que se debe de llevar a cabo ante la presencia de un paciente con sepsis y en los casos en que se tendrá que activar el código sepsis en el Área Sanitaria de Osuna.

Resultados:

Durante el año 2015 se activaron 33 códigos sepsis en el Área Sanitaria de Osuna. Los resultados obtenidos fueron una mejora significativa en el pronóstico de estos pacientes.

Conclusiones:

Una rápida actuación y activación del código sepsis mejorará el pronóstico de la enfermedad y la calidad asistencial en todos los profesionales que están en contacto con estos pacientes.

P-1008

FLEGMASÍA CERÚLEA DOLENS. UNA COMPLICACIÓN GRAVE DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

JR Penedo Alonso, Y Aranda García, M Sánchez Pérez, F Roldán Moll

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Palabras Clave: flegrmasía, tromboembolia venosa, complicaciones

Objetivos:

La FCD (Flegmasía Cerúlea Dolens) es una complicación poco frecuente pero potencialmente mortal de la trombosis venosa profunda. La incidencia es mayor entre la 5ª y 6ª década de la vida y es más frecuente en mujeres. En el 90% de los casos hay un factor desencadenante, el principal la patología maligna (40%), entre otros. El dolor, edema y palidez inicial de la extremidad afectada, seguida de una cianosis de toda la extremidad, es diagnóstico de FCD. La gravedad del cuadro radica en la posibilidad de isquemia irreversible, gangrena e incluso la muerte.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo observacional descriptivo. Se revisaron los ingresos por FCD en el Hospital Universitario Ramón y Cajal en un periodo de 13 años entre el 24 de julio de 2002 hasta el 03 de octubre de 2015.

Resultados:

Se recogen 26 casos de FCD, 16 son mujeres y 10 son hombres. Dentro de los factores de riesgo, un 53,8% de los pacientes, presentan antecedentes de enfermedad tumoral. A todos los pacientes se les realizó una ecografía de miembros inferiores en urgencias. A 4 de ellos se les realizó un angioTC torácico y a otro, una gammagrafía para descartar TEP. La evolución fue satisfactoria en 17 pacientes. 2 presentaron complicaciones graves y 7 fallecieron durante la hospitalización. El 28 % de los pacientes presentaron como complicación un TEP en algún momento de su hospitalización. 23 pacientes fueron tratados con heparina de bajo peso molecular, 2 con heparina no fraccionada y en uno de ellos no consta tratamiento. Al alta 23% fueron tratados con acenocumarol y 65% con HBPM.

Conclusiones:

Ante la sospecha clínica de FCD, resulta esencial el diagnóstico y tratamiento precoz, con el objetivo de salvar la extremidad y vida del paciente. El empleo de la ecografía en el ámbito de urgencias agiliza el diagnóstico de estos pacientes. El tratamiento inicial debe ser la anticoagulación sistémica precoz e independientemente de la decisión quirúrgica, dejando el manejo invasivo en función de la disponibilidad de recursos y experiencia del equipo quirúrgico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

P-1016

MIOCARDITIS POR GRIPE A

I Prieto Lastra, FM Mateos Chaparro, M González Ruiz, R Segura Granda, S Rubio Sánchez, M Andrés Gómez, N Ovalle González

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras Clave: influenza virus A, miocarditis, fever

Objetivos:

El *Influenzavirus A* de la familia *Orthomyxoviridae*, es causante de las pandemias de gripe, que ocurren aproximadamente cada 10-15 años. La mayoría de los pacientes se recupera de la infección en una o dos semanas sin tratamiento, pero cuando se presenta en las edades extremas de la vida, junto a patologías crónicas, o en embarazadas, el pronóstico puede ser fatal.

Material o pacientes y método:

Presentamos un paciente varón de 35 años que acude a su M.A.P., por un cuadro de fiebre y tos. Tras claritromicina durante 3 días, acude al servicio de Urgencias por persistencia de fiebre alta, y aparición de dolor torácico y palpitaciones. Datos llamativos en la exploración física, eran una Tª de 38.7°C, una FC 126 y un marcado quebrantamiento general. En las pruebas complementarias destacaban las alteraciones de la repolarización en el ECG, una leucocitosis y la elevación discreta de troponina. La ecocardiografía, reveló una leve dilatación del VI y del septo, y una aquinesia de este último. La determinación nasofaríngea para el antígeno de *Influenza A*, fue positiva.

Resultados:

Tras instaurar tratamiento con Oseltamivir e Ibuprofeno, se objetivó buena evolución del paciente que mantuvo estabilidad hemodinámica en todo momento. A las 48 horas, los parámetros analíticos comenzaron a mejorar, las alteraciones de la repolarización en el ECG desaparecieron y en el Ecocardiograma, el septo recuperó su movilidad, disminuyendo el engrosamiento del mismo. El paciente fue dado de alta 4 días después sin complicaciones asociadas.

Conclusiones:

La frecuencia de afectación cardíaca grave por Influenza es rara, por la baja toxicidad miocárdica de la gripe estacional. El cuadro de miocarditis por *Influenzavirus A* suele ocurrir en las edades medias de la vida (32 años), tiene una prevalencia de miocarditis fulminante muy alta (62%) y una mortalidad elevada (24% en la última pandemia de 2009). Además de los antivirales, como el oseltamivir, el tratamiento consiste en las medidas de soporte necesarias. En el diagnóstico, el ECG y el ecocardiograma juegan un papel fundamental. La biopsia endomiocárdica, no se considera esencial.

P-1017

NEUMONÍA ATÍPICA EN PACIENTE DE 23 AÑOS

A Merlo Serrano, A Morales Mármol, R Izquierdo Bonillo

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Palabras Clave: derrame pleural, neumonía, hemoptisis

Objetivos:

El carcinoma NUT es una entidad rara, con múltiples formas de presentación. Ocurre con mayor frecuencia a lo largo de la línea media, típicamente a nivel de la cabeza, cuello y mediastino.

Material o pacientes y método:

Paciente varón de 23 años fumador que acude al servicio de urgencias por disnea, dolor de características pleuríticas en región costal superior derecha, febrícula, tos con expectoración hemoptoica. Exploración física sin hallazgos significativos. Radiografía de tórax: aumento de densidad en lóbulo superior derecho, por lo que se deriva al Servicio de Infecciosos con el diagnóstico de neumonía atípica. El paciente empeora clínicamente por lo que se decide ingreso para completar estudio. Analíticamente presenta aumento de los reactantes de fase aguda. Líquido pleural compatible con exudado con estudio microbiológico y ADA negativo. TAC de tórax: disminución del volumen del lóbulo superior derecho. Imagen de densidad aumentada que ocupa gran parte de los segmentos posterior y apical del lóbulo superior derecho, presenta un realce heterogéneo y no tiene imágenes de broncograma aéreo en su interior. Amputación de los bronquios segmentarios correspondientes. Adenopatías mediastínicas paratraqueales derechas, supraclaviculares izquierdas y anterior al lóbulo derecho hepático. Derrame pleural derecho que ocupa dos tercios del hemitórax. Ecografía escrotal, TAC de abdomen: sin hallazgos significativos. Broncoscopia: bronquio lóbulo superior derecho con estenosis completa de los segmentos anterior y apical de dicho bronquio por mucosa engrosada e hipervascularizada de posible origen neoforativo. PET: masa en lóbulo superior derecho metabólicamente positiva y sugestiva de malignidad con extensa afectación pleural ipsilateral, afectación linfática mediastínica y supra/infraclavicular bilateral y metástasis óseas líticas en esqueleto axial y apendicular.

Resultados:

Se realizó el diagnóstico en base a las pruebas complementarias y la anatomía patológica (biopsia pleura parietal y visceral): carcinoma poco diferenciado con diferenciación abrupta escamosa (NUT).

Conclusiones:

El carcinoma NUT debe de ser incluido en el diagnóstico diferencial de los tumores malignos de pulmón en las personas jóvenes, así como en los adultos cuando la clínica parece inusualmente agresiva.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

P-1036

DOLOR TORÁCICO ATÍPICO

S Renau Solaz (1), JM Carrera Ortiz (2), D Bueno Claros (1),
S Murciano Martí (1), A Riaño Montalvo (1), JA Marín Serral (1),
T Forcadell Arenas (1)

(1) CAP Deltebre. Castellón, (2) CAP Temple. Tortosa, Tarragona

Palabras Clave: dolor torácico, tromboembolismo pulmonar, diagnóstico diferencial

Objetivos:

Hombre de 46 años que consulta por mareos sin pérdida de conocimiento, disnea y palpitaciones.

Material o pacientes y método:

La disnea aumenta de forma progresiva con el mínimo esfuerzo, presenta dolor en punta de costado en hemitórax izquierdo (aumenta con la respiración y en decúbito). No cambia con el movimiento. Desde hace 3 semanas tiene una vida totalmente sedentaria. A nivel de muslo presentó un bulto con dolor que no comentó ya que se autolimitó. Antecedentes: exfumador hace 1 año. No factores de riesgo cardiovascular. Exploración: funciones vitales estables. No soplos ni ruidos sobreañadidos. Presenta limitación a la respiración profunda por el dolor, Sg. Tietze negativo. ECG: RS sin cambios. Se administra Diazepán sl 5mg, después de 30 min poca mejoría, ante la sospecha de posible pericarditis vs IAM se decide derivar a urgencias del hospital. En urgencias, estable hemodinámicamente, SatO₂ > 95%, afebril. La analítica muestra D-dímero elevado (5400U /Y). Dada la sospecha clínica de TEP, se pide TAC de arterias pulmonares que confirma TEP masivo bilateral.

Resultados:

El TEP es la tercera, en frecuencia, entre las enfermedades cardiovasculares. No supera el 8% de mortalidad, sin embargo el TEP masivo alcanza un 70%. Es importante hacer una buena anamnesis eficaz ya que la toma de decisiones rápida ayuda a la reversibilidad del cuadro.

Conclusiones:

Hay dos reglas de predicción clínica para el TEP: Score de Wells y Score revisado de Ginebra que sirven además para estratificar el tratamiento: Si bajo riesgo (enoxaparina 1 mg/kg/12 h), si riesgo medio (trombolisis > HBPM), si riesgo alto (heparina no fraccionada ev + trombolisis o embolectomía).

P-1101

¿QUÉ FUÉ DE LA GRIPE A? ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA GRIPE A

J Palacios Castillo, P Valverde Vallejo, M Cabrera Martínez

Hospital Regional de Málaga

Palabras Clave: gripe A, influenza A/H1N1, infección respiratoria

Objetivos:

El Diagnóstico de gripe A/H1N1 es fundamentalmente clínico sobre todo durante los picos estacionales o brotes epidémicos. Se recomienda realizar la prueba diagnóstica a todos los pacientes con fiebre y cuadro gripal que requieran hospitalización. La muestra respiratoria (exudado nasal, faríngeo) se debe obtener lo antes posible e iniciar inmediatamente tratamiento empírico antiviral.

Material o pacientes y método:

Pacientes que son atendidos en urgencias hospitalarias y quedan ingresados en el área de observación, UCI o plantas de neumología, enfermedades infecciosas o medicina interna con diagnóstico confirmado de gripe A.

Resultados:

La administración de oseltamivir debe ser precoz, si es posible antes de las primeras 48 horas desde el inicio de los síntomas. La administración precoz se asocia a mayor supervivencia en pacientes críticos. Los pacientes con alta sospecha de gripe A deben continuar con el tratamiento independientemente del resultado negativo de las pruebas iniciales a menos que se pueda establecer un diagnóstico alternativo. En caso de Neumonía por gripe A se debe iniciar tratamiento antibiótico empírico asociado al antiviral ante la posibilidad de coinfección bacteriana. Se debe seguir recomendando la vacunación a todos los pacientes de riesgo aunque podría ser necesario ampliar esta indicación.

Conclusiones:

En el momento actual es necesario instaurar tratamiento con antivirales, si es posible en pacientes hospitalizados los que se administran vía intravenosa. Si la sospecha clínica es muy alta a pesar de la negatividad de la prueba para H1N1 debe iniciarse tratamiento antiviral. No existen evidencias probadas de que la corticoterapia sea beneficiosa en estos casos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

A-1145

DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS, TRAS ESTUDIO DE LESIÓN CUTÁNEA

O Yuguero Torres, L Cabrero Pascual, C Pardos Molina, A Marí Lopez, X Ichart Tomàs, MJ Abadías Medrano

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida

Palabras Clave: tuberculosis, emergencias médicas, dermatología

Objetivos:

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa que lejos de erradicarse, sigue siendo prevalente en países desarrollados. Su manifestación más común es la respiratoria, aunque existen otras como la tuberculosis cutánea, poco frecuente y asociada a la pobreza, hacinamiento y inmunodepresión. Existen distintas formas clínicas de presentación, siendo el escrofuloderma, una de las menos frecuentes, y debe hacerse un correcto diagnóstico diferencial.

Material o pacientes y método:

Estudio de un (1) paciente que acude a un servicio de urgencias por presentar adenopatías laterocervicales y lesión cutánea de 2 semanas de evolución.

Resultados:

Hombre de 28 años, natural de Guinea Ecuatorial, que acude por presentar adenopatías laterocervicales, que no ceden con AINEs, y una lesión cutánea que supura de forma esporádica, pero que tiende a cicatrizar. Valorado en urgencias de atención primaria, donde se recomienda control evolutivo. Dada la persistencia, y el empeoramiento del estado general se realiza analítica de sangre que muestra alteración de reactantes de fase aguda, sin alteración de hemograma. En radiografía de Tórax se observa imagen compatible con Tuberculosis, por lo se decide ingreso y tratamiento.

Conclusiones:

La tuberculosis cutánea es una entidad poco frecuente en población autóctona. Ante lesiones cutáneas que no mejoran, y con deterioro progresivo, es recomendable hacer analítica y radiografía de tórax. Sobre todo en aquellos pacientes, que no pueden realizar seguimiento por su médico de familia por asuntos legales. Los servicios de Urgencias, a pesar de la sobrecarga asistencial, debemos ser conscientes de la importancia de un manejo diagnóstico adecuado de casos de riesgo de exclusión por no disponer de tarjeta sanitaria. Para evitar el retraso de tratamiento y la aparición de complicaciones que pueden, suponer incluso, una muerte que puede ser evitable.

A-1183

UN PACIENTE CON GRIPE Y UN GRAN CORAZÓN

R Escalero Rodríguez, P Docampo Dameá, T Lobato Prieto, I Martín Ureste, A Urraca Gamuray, CC Moreno Castellanos, F Castrillo Quiñones

Hospital Virgen Concha. Zamora

Palabras Clave: derrame pericárdico, pericarditis, *Mycobacterium tuberculosis*

Objetivos:

El derrame pericárdico es el acúmulo de más de 50 ml de líquido en el saco pericárdico. Éste puede ocurrir de forma aguda con clínica florida o de forma crónica, albergando hasta 2 litros, sin apenas provocar cambios de presión de llenado cardíaco permaneciendo los pacientes escasamente asintomáticos.

Material o pacientes y método:

Mujer de 58 años peruana, que no ha salido de España desde hace 5 años, sin hábitos tóxicos, diabética y dislipémica, que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de tos y expectoración verdosa desde hace 15 días y que progresivamente empieza con malestar general, disnea, artralgias, mialgias y astenia. Refería dolor torácico con la tos que mejoraba con la flexión del tronco, que había desaparecido en los últimos días. A la exploración, tensión arterial de 97/61 mmHg con saturación de oxígeno y frecuencia cardíaca normales, sudorosa. Buen estado general y eupneica en reposo. Presión venosa yugular mínimamente elevada. Auscultación cardíaca rítmica, sin soplos ni ruidos y pulmonar con murmullo vesicular conservado, sin crepitantes basales. Abdomen y extremidades inferiores sin hallazgos patológicos.

Resultados:

Ante sospecha de cuadro infeccioso respiratorio, en Urgencias se realiza analítica y radiografía de tórax. En la analítica destaca únicamente proteína c reactiva de 162 mg/L y discreta anemia, resto del hemograma y bioquímica con función renal, iones y marcadores hepáticos dentro de la normalidad. En la radiografía de tórax destaca cardiomegalia e ingresa a cargo de Cardiología diagnosticada de derrame pericárdico para filiar etiología. En el ecocardiograma se objetivaron datos de compromiso hemodinámico por lo que se realiza pericardiocentesis evacuadora. En el cultivo de líquido pericárdico creció *Mycobacterium tuberculosis* complex, por lo que el diagnóstico final fue de derrame pericárdico por *Mycobacterium tuberculosis*. La paciente mejoró tras tratamiento con antiinflamatorios y antibióticos.

Conclusiones:

El derrame pericárdico puede pasar desapercibido en aquellos casos en los que la sintomatología no sea muy florida y son las pruebas complementarias, en este caso la radiografía, las que nos ayudan al diagnóstico en Urgencias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

A-1184

VÉRTIGO O ¿ICTUS?

J Andino López, V Acosta Ramón, WR Ferrero Ohse,
G Rosario Godoy, N Ovalle-González, R Segura Granda,
MP Carlos González

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras Clave: ictus, vómito, vértigo

Objetivos:

La aterosclerosis de arteria basilar es la causa más frecuente de trombo-sis basilar, una de las patologías neurovasculares de mayor gravedad con una tasa de fallecimiento o discapacidad del 80%. Sin embargo, no existen ensayos clínicos aleatorizados sobre el tratamiento de la oclusión basilar aguda. El tratamiento endovascular del ictus agudo se realiza actualmente en casos de oclusión arterial demostrada en que existe contraindicación o fracaso de la trombólisis intravenosa, aunque la experiencia del tratamiento endovascular en el ictus agudo debido a aterosclerosis intracraneal es limitada.

Material o pacientes y método:

Varón de 67 años de edad. Apers: DM II en tto con Metformina. No HTA ni otros FRCV. Traído por el 061 a Urgencias por disminución brusca del nivel de consciencia mientras comía, recuperándose con sensación vertiginosa y vómitos. Es valorado por su Medico AP que le encuentra Bardipsíquico, obedeciendo ordenes. A su llegada a Urgencias, bajo nivel de consciencia (Glasgow 7) motivo por el cual se decide IOT. Se realiza TAC donde se objetiva ictus basilar. Se realiza trombectomía que es eficaz a las 4h 45min, sin embargo a las 24 horas del cuadro en TAC control se objetiva infarto extenso bulbopro-tuberencial, cerebeloso y occipital.

Resultados:

AngioTAC: defecto de repleción de 18 mm en arteria basilar que se extiende hasta el origen de ambas. TAC craneal (24 h): infarto extenso de fosa posterior. Arteriografía cerebral: Trombosis completa de la mitad superior de la arteria basilar con extensión a cerebelosas superiores y ambas cerebelosas posteriores.

Conclusiones:

Es indispensable una exploración física exhaustiva y una anamnesis para intentar realizar el diagnóstico de ictus isquémico vertebro-basilar. Las técnicas de imagen suelen ser para confirmar nuestro diagnóstico. El diagnóstico precoz será inexcusable cuando el tratamiento eficaz este a nuestro alcance, en estos casos la labor del médico de Urgencias es clave.

A-1190

¿SERÁ UNA GRIPE?

VRF Rodríguez Fariña, RHA Herrero Antón, CCM Crespo Martínez,
VSM Sánchez Moro, JGC García Criado, PGH García Herrero,
PCA Costa Alba

Hospital Universitario de Salamanca

Palabras Clave: fiebre, síntomas B, sarcoidosis

Objetivos:

Las infecciones respiratorias son una de las causas más frecuentes por las que un paciente acude a urgencias. En ocasiones enmas-caran o precipitan el diagnóstico de otras enfermedades sistémicas importantes.

Material o pacientes y método:

Acude a urgencias un varón de 33 años que presenta cefalea, fiebre $>38^{\circ}\text{C}$, congestión nasal, rinorrea y expectoración con restos hemáti-cos, náuseas y algún vómito sin productos patológicos, sin dolor torá-ci-co ni palpitaciones ni disnea. Como antecedentes personales comenta padecer psoriasis, hipotiroidismo y cólicos renales de repetición. Está en tratamiento con eutirox y ciclosporina. A la exploración destaca la auscultación de crepitantes en base izquierda y el mal estado general que presentaba con escalofríos, artralgias, mialgias y cefalea. Sus constantes son: Tensión arterial 96/75 mmHg, satO₂ 94%, Frecuen-cia cardiaca 105 lxm, fiebre de $38,1^{\circ}\text{C}$. Se extrae analítica con he-mograma, bioquímica, coagulación, sistemático y sedimento de orina y hemocultivos. También se solicita una radiografía de tórax.

Resultados:

Se objetiva leucocitosis y neutrofilia muy importante con marcada linfo-penia. Además PCR de 1,51 mg/dl pero con procalcitonina de 3,28 ng/dl. Orina normal. En la radiografía de tórax se aprecia un aumen-to hilar bilateral con pseudoimagen compatible con adenopatías en hilio izdo. Además hay aumento de densidad en base pulmonar izda. A la vista de estos resultados se administra fluidoterapia y antibiotera-pia. Se procede a su ingreso en planta bajo el diagnóstico de sepsis respiratoria y síndrome linfoproliferativo a estudio. Posteriormente se realiza TAC torácico donde informan múltiples adenopatías medias-tínicas paratraqueales y bronquiales, conglomerados adenopáticos hiliares bilaterales y adenopatías axilares. Dados sus antecedentes y estos hallazgos se sospecha sarcoidosis. Se confirma mediante gam-magrafía y biopsia.

Conclusiones:

La sarcoidosis suele debutar entre la segunda y cuarta década y suele precipitarse por infecciones respiratorias aparentemente banales. Los servicios de urgencias son fundamentales para sospechar un diagnós-tico certero.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 9. URGENCIAS MÉDICAS II (ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, PATOLOGÍA RESPIRATORIA, ENFERMEDADES INFECCIOSAS)

A-1196

DOLOR LUMBAR EN ANCIANA: ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA EN MMII TRAUMÁTICO VS. ISQUÉMICO

AM Jurado Carmona, V Martínez Prieto, C García Bellido,
S Galindo Vacas, E Roales León, L Prieto-Carreño Candau,
M Romero González

EPSBG. Hospital Alta Resolución. Écija

Palabras Clave: acute arterial ischemia, cardioembolic, embolectomy

Objetivos:

Las causas primordiales en la isquemia arterial aguda de MMII, son los émbolos y las trombosis y otras como el arteriospasmio, los traumatismos, la compresión extrínseca y el aneurisma de aorta disecante. La isquemia arterial aguda de MMII depende de la velocidad de instauración con formación o no de colaterales (en agudo, no se producen), de las características hemorreológicas sanguíneas, de la hemodinámica del paciente y de la demanda de oxígeno del órgano afectado. Supone una mortalidad del 5-15 % con una tasa de amputación de 12-18%, según las horas de evolución del evento isquémico.

Material o pacientes y método:

Mujer de 86 años traída de madrugada en ambulancia por dolor lumbar de desde caída accidental de su silla de ruedas hace 3 semanas, peor las últimas 24 horas, irradiado a MMII izquierdo, que la despierta súbitamente con hiperalgia en pie izquierdo, palidez, parestesias y parálisis de los dedos con disminución de su sensibilidad. Refiere su familiar coloración azulada de los dedos del pie. Afebril y no refiere traumatismo previo. A la exploración: REG, impresiona de dolor, frialdad en ambos MMII, pulsos anulados y anestesia del pie izquierdo, no moviliza dedos.

Resultados:

Pruebas complementarias: ECG FA con buena respuesta ventricular, sin signos de isquemia aguda, Bioquímica: glucosa 148, urea 75, resto normal. Hematimetría: neutrofilia 81.5%. Ph venoso 7.45, Lactato 2.50. Eco Doppler MMII Izquierdo: oclusión aguda en arteria femoral común, superficial y profunda, y sin flujo distal. Se deriva a Cirugía cardiovascular para embolectomía transfemoral de urgencias sin incidencias, reperfundiendo ya la extremidad.

Conclusiones:

Pruebas complementarias: ECG FA con buena respuesta ventricular, sin signos de isquemia aguda, Bioquímica: glucosa 148, urea 75, resto normal. Hematimetría: neutrofilia 81.5%. Ph venoso 7.45, Lactato 2.50. Eco Doppler MMII Izquierdo: oclusión aguda en arteria femoral común, superficial y profunda, y sin flujo distal. Se deriva a Cirugía cardiovascular para embolectomía transfemoral de urgencias sin incidencias, reperfundiendo ya la extremidad.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 10

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

28
Congreso
nacional SEMES



EFICIENCIAS
evolucionando



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

O-1211

N2O/O2 50/50 EN EL CÓLICO NEFRÍTICO EN URGENCIAS. ¿INFLUYE EN EL TRATAMIENTO Y MANEJO?

JM Aguilar Mulet (1), V Álvarez Rodríguez (2), R Velayos Rubio (3), AM Borobia Pérez (4), C del Arco Galán (1), D Ochoa Mazarro (1), C Santiago Poveda (1)

(1) Hospital Universitario de La Princesa (2) Hospital Universitario de Getafe, (3) Hospital Universitario Infanta Leonor, (4) Hospital Universitario La Paz. Madrid

Palabras Clave: urolitiasis, analgesia, óxido nítrico

Objetivos:

El N2O/O2 se ha utilizado en el manejo de múltiples procesos dolorosos, incluidos algunos procedimientos urológicos.

Material o pacientes y método:

Se asignaron aleatoriamente 147 pacientes con el diagnóstico clínico de cólico nefrítico a recibir N2O/O2 50/50 o una mezcla de aire medicinal con una proporción de oxígeno del 50%. Ambos grupos recibieron tratamiento analgésico convencional de forma secuencial. Objetivo comprobar si el N2O/O2 50/50 permitía reducir necesidades de analgesia, uso de opioides, realización de ecografía y tiempo de decisión. Análisis SPSS 21.

Resultados:

54 pacientes (37%) recibieron únicamente dexketoprofeno, 29 en el grupo del gas de estudio y 25 en el grupo placebo, 47 (32,2%) recibieron además metamizol 20 en el grupo del gas de estudio y 27 en el grupo placebo, 45 (30,8%) recibieron además meperidina 20 en el grupo del gas de estudio y 25 en el grupo placebo. No se encontraron diferencias significativas en la distribución de los tratamientos concomitantes entre el grupo asignado al gas de estudio y al placebo ($p=0,482$). De los que recibieron opioides 17 (37,8%) precisaron repetir dosis 11 en los que usaron el gas de estudio, no siendo la diferencia significativa ($p=0,062$). Se realizó ecografía en 27 pacientes, 13 en el grupo del gas de estudio y 14 en el grupo placebo, no existiendo diferencia significativa entre ambos grupos. El tiempo transcurrido entre el inicio de la medicación y la decisión sobre el destino fue de 3 horas mediana (Q1-Q3 1:58-4:42) en el grupo del gas de estudio y de 2:30 horas (Q1-Q3 1:46-4:09) no existiendo diferencias significativas ($p=0,312$). No existió tampoco diferencia significativa en el número de pacientes dado de alta en cada grupo (60 con el gas de estudio y 65 con el placebo).

Conclusiones:

El uso de N2O/O2 no ha demostrado en nuestro estudio disminuir los requerimientos de analgesia, la necesidad de realización de ecografía ni de ingreso/observación en el manejo del cólico nefrítico en Urgencias.

Financiado por la ayuda obtenida en la convocatoria de investigación independiente 2011 del Ministerio de Sanidad y consumo por orden SPI/2885/2011. N° de expediente EC11-104. Investigación cofinanciada con fondos FEDER.

O-1212

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL ICTUS ISQUÉMICO NO LISADO: PERFIL, HETEROGENEIDAD GEOGRÁFICA E INGRESO URGENTE

MC Lea Pereira (1), JM García Torrecillas (2), E Moreno Millán (3)

(1) Hospital de Poniente, (2) Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería, (3) Hospital Santa Bárbara, Puertollano

Palabras Clave: ictus, emergencia, epidemiología

Objetivos:

Avances en el conocimiento, la implantación del código y unidades de ictus, tratamientos en fase emergente y mayor prevención han reducido la mortalidad y secuelas ictales, aunque son primera causa de exitus en mujeres y segunda general. El ictus agudo isquémico (IAI) es una emergencia médica, prioritaria en Urgencias, gestionable en íntima relación con UCI, Neurología y Radiología. El sistema organizativo diseñado para la atención óptima del IAI se denomina Código ictus quedando englobado en lo que denominamos urgencias dependientes del tiempo. Los IAI que no pueden ser lisados componen el GDR 14, y obedecen a edad, demora elevadas o contraindicaciones absolutas para lisis.

Material o pacientes y método:

Analizamos los episodios de IAI ingresados en España entre 2008-2012 (no lisados, GDR 14,), según BD del CMDB del Ministerio de Sanidad. Estudio observacional analítico -cohorte histórica-. Variables cuantitativas (edad, diagnósticos (NDA), procedimientos (NPA), estancia) y cualitativas. Test: T-Student para datos independientes. ANOVA de comparación de medias para variables cuantitativas respecto de las dependientes (CCAA, año). Significación estadística $p<0,05$.

Resultados:

186.245 episodios de hospitalización, edad $73,92\pm 12,54$ años, estancia $7,54\pm 4,54$ días, varones: 53,3%, NDA: $6,91\pm 2,95$, NPA: $3,27\pm 2,45$. Comunidades más prevalentes: Andalucía (16,1%) y Cataluña (15,8%). Ingresan en Neurología el 59,8% y vía urgencias el 97,1%. Mortalidad hospitalaria 6,9%, reingresando a 30 días el 4,8%. Antecedentes: HTA 64,4%, arritmias 27,4% (fibrilación auricular: 24,9%), diabetes 31,0%, dislipemia 35,4%. Desde 2008 a 2012 aumentan edad (NS), NDA ($p<0,005$), NPA ($p<0,005$) y disminuye la estancia ($p<0,005$). El análisis de la varianza mostró diferencias intergrupos entre las CCAA analizadas, con picos de estancia elevados para Melilla y Canarias ($F=228,284$, $p<0,005$). Se objetivaron diferencias significativas aunque clínicamente no relevantes en la estancia según año, descendiendo desde 2008 a 2012, $F=159,019$, $p<0,005$.

Conclusiones:

Edad elevada (atención al envejecimiento demográfico) que aumenta a lo largo del quinquenio analizado, como NDA, NPA y disminuye estancia, HTA, diabetes, dislipemia y fibrilación auricular entre antecedentes. Deben homogeneizarse los modelos de gestión del tiempo asistencial, especialmente en Andalucía y Cataluña.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

P-1213

MANEJO ANTIBIÓTICO EN URGENCIAS EN EL ENFERMO CON AGUDIZACIÓN DE LA EPOC SEGÚN CRITERIOS DE ANTHONISEN

N Rodríguez García, D Fernández Camacho, M Córcolas Vergara, MC Quesada Martínez, B de la Villa Zamora, P Piñera Salmerón, C Cinesi Gómez

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

Palabras Clave: pulmonary disease chronic obstructive, therapy, classification

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 de Enero de 2012 a Julio de 2015.

Resultados:

Se incluyeron un total de 1027 con AEPOC. De los 1027 pacientes estudiados 283 (27,6%) no cumplían los Criterios de Anthonisen y 744 (72,4%) sí los cumplían. De los que no presentaron Criterios de Anthonisen 83 (29,3%) se fueron con antibioterapia al alta y 200 (70,3%) se fueron sin antibioterapia al alta. De los pacientes que presentaron Criterios de Anthonisen se fueron con antibioterapia al alta 224 (30,1%) y 520 (69,9%) se fueron sin antibioterapia al alta.

Conclusiones:

Más del 70% de los pacientes con AEPOC presentaron criterios para el uso de antibióticos. Nuestros resultados revelan que el uso de antibióticos en el Servicio de Urgencias es independiente de los criterios de Anthonisen ya que su uso nos supera el 30% de los casos cuando si estaría justificado su uso. Parece que si hacemos mejor el dejar sin tratamiento antibiótico a los que no tienen criterios donde solamente prescribimos antibióticos al 29% de los pacientes. Estos resultados deben hacer reflexionar sobre este aspecto que es francamente mejorable de acuerdo con las recomendaciones.

O-1214

ENSAYO CLÍNICO PARA LA EVALUACIÓN DEL USO DE UNA MEZCLA DE N2O/O2 50/50 EN EL TRATAMIENTO DEL CÓLICO NEFRÍTICO EN URGENCIAS

JM Aguilar Mulet (1), V Álvarez Rodríguez (2), AM Borobia Pérez (3), R Velayos Rubio (4), D Ochoa Mazarro (1), C del Arco Galán (1), C Santiago Poveda (1)

(1) Hospital Universitario de La Princesa, (2) Hospital Universitario de Getafe, (3) Hospital Universitario La Paz, (4) Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

Palabras Clave: urolitiasis, analgesia, óxido nitroso

Objetivos:

El N2O/O2 en una mezcla fija 50/50 es un tratamiento que ha demostrado su utilidad en el control del dolor y la ansiedad asociado a múltiples situaciones clínicas, sin embargo, no disponemos de datos sobre su utilidad en el tratamiento del cólico nefrítico en urgencias.

Material o pacientes y método:

Asignamos aleatoriamente a 147 pacientes con el diagnóstico clínico de cólico nefrítico a recibir N2O/O2 50/50 o una mezcla de aire medicinal con una proporción de oxígeno del 50%. Ambos grupos recibieron el tratamiento convencional con AINEs y opiáceos administrados de forma secuencial. El objetivo principal fue comprobar si el uso del N2O/O2 50/50 redujo el tiempo para disminuir el dolor y la intensidad del mismo comparado con el tratamiento analgésico convencional, así como la satisfacción del paciente con el tratamiento administrado previo al alta. Análisis estadístico con el programa SPSS 21.

Resultados:

El descenso del dolor medido por la escala visual analgésica (EVA) a los 5 minutos de iniciado el tratamiento fue de 1,84(DE 2,05) en el grupo tratado con N2O/O2 50/50 y de 1,67(DE 1,91) en el grupo que recibió el placebo, no siendo la diferencia significativa ($p=0,603$). Tampoco existió diferencia en el descenso medio de la EVA para cada producto en cada uno de los momentos de seguimiento a los 10, 15, 30 y 60 minutos. La mediana de la satisfacción con el tratamiento al alta fue de 9,8 para el N2O/O2 (Q1-Q3 8,8-10) y de 9,8 para el placebo (Q1-Q3 8,7-10), sin diferencias entre grupos ($p=0,470$).

Conclusiones:

La adición de N2O/O2 50/50 no ha demostrado una mayor efectividad en el control del dolor ni en la satisfacción del paciente con un diagnóstico clínico de cólico nefrítico en el servicio de urgencias frente al tratamiento convencional.

Financiado por la ayuda obtenida en la convocatoria de investigación independiente 2011 del Ministerio de Sanidad y consumo por orden SPI/2885/2011. Nº de expediente EC11-104. Investigación cofinanciada con fondos FEDER.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

P-1215

INGRESO HOSPITALARIO DE ENFERMOS CON AGUDIZACIÓN DE LA EPOC EN URGENCIAS SEGÚN CRITERIOS DE GRAVEDAD

N Rodríguez García, B de la Villa Zamora, D Fernández Camacho, M Córcoles Vergara, MC Quesada Martínez, P Piñera Salmeron, C Cinesi Gómez

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

Palabras Clave: pulmonary disease chronic obstructive, hospitalization, complications

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 de Enero de 2012 a Julio de 2015. Se consideraron los criterios de gravedad clínicos (cianosis, deterioro del estado de conciencia, parada respiratoria, taquipnea y uso de la musculatura accesoria) y analíticos ($pO_2 < 50$, $pCO_2 > 70$, $pH > 7,30$, HCO_3 elevado).

Resultados:

Se incluyeron 1021 pacientes con agudización de la EPOC de los cuales 823 (80,6%) presentaban criterios de gravedad durante su atención en el servicio de Urgencias y 198 (19,4%) no presentaban criterios de gravedad. De los que presentaban criterios de gravedad, 482 (73,6%) precisaron ingreso hospitalario y 341 (41,4%) fueron dados de alta domiciliaria. De los que no presentaban criterios de gravedad, 173 (87,4%) precisaron ingreso hospitalario y 25 (12,6%) fueron dados de alta a domicilio.

Conclusiones:

Tal y como señala la literatura la mayoría de nuestros enfermos con agudización de la EPOC presentaron criterios clínicos y analíticos donde un porcentaje de ellos superior al setenta por ciento precisó ingreso hospitalario. La gravedad de nuestro enfermos esa en consonancia con lo publicado precisando ingreso hospitalario la mayoría de los mismos tal y como señalan la bibliografía.

O-1216

GLUCEMIA INICIAL EN URGENCIAS Y MORTALIDAD DURANTE EL INGRESO. ¿ESTÁN RELACIONADAS?

D Sáenz Abad, MC Lahoza Pérez, M Jordán Domingo, I Murillo Díaz de Cerio, M Martínez Díez, CA Baquer Sahún, JA Gimeno Orna

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Palabras Clave: hiperglucemia, hipoglucemia, mortalidad hospitalaria

Objetivos:

Urgencias es la principal puerta de entrada de enfermos graves. Disponemos de escalas que predicen el riesgo de morir durante el ingreso. La hiper e hipoglucemia se asocian a una mayor mortalidad hospitalaria aunque no está claro si son factores de riesgo independientes de esa mortalidad o más bien marcadores de pacientes más graves y por tanto con mayor mortalidad.

Material o pacientes y método:

Estudio caso-control retrospectivo con selección de todos los pacientes fallecidos en nuestro hospital durante 6 meses (casos) y una muestra de pacientes dados de alta en ese mismo período (controles) emparejados por edad. Se recogieron variables clínicas, analíticas y otras generadas. Se determinó la capacidad de las alteraciones glucémicas iniciales para predecir la mortalidad hospitalaria mediante regresión múltiple y curvas ROC.

Resultados:

Se incluyeron 1153 pacientes. Se detectó hiperglucemia inicial en 171 (14,8%) e hipoglucemia en 19 (1,6%). En el mejor modelo predictor de la mortalidad hospitalaria obtenido, estaban incluidas las alteraciones glucémicas, siendo dicho modelo el compuesto por: la escala REMS (OR1punto=1.09, IC 95% 1.033-1.15, $p = 0.001$), Charlson (OR1punto=1.42, IC 95% 1.31-1.55, $p < 0.001$), hemoglobina (OR1gr/dl = 0.89, IC 95% 0.84-0.95, $p < 0.001$), trombocitopenia (OR = 2.95, IC 95% 1.71-5.11, $p < 0.001$), leucocitosis (OR = 1.94, IC 95% 1.47-2.56, $p < 0.001$), diabetes mellitus (OR = 0.5, IC 95% 0.35-0.71, $p < 0.001$) y presencia de disglucemia (OR = 1.8, IC 95% 1.2-2.8, $p = 0.005$). Hubo un incremento significativo del área bajo la curva ROC entre ese modelo predictivo que incluía las alteraciones glucémicas y el compuesto sólo por la escala validada REMS (0.522 vs 0.7478, $p < 0.0001$). El índice de discriminación (IDI) tras la adición de la disglucemia fue 0.00678 ($p=0.009$).

Conclusiones:

La inclusión de las medidas de glucemia inicial en las escalas predictoras de mortalidad incrementa la capacidad de éstas para predecir la mortalidad hospitalaria.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

P-1218

¿SE RETRASA LA NEUROFIBRINOLISIS TRAS EL TAC EN LOS PACIENTES CON CÓDIGO ICTUS?

S Pendón Fernández, A Mesa Vega, A Arana Bravo,
D Pérez López, A Ramírez Fernández

Hospital de la Axarquía. Málaga

Palabras Clave: ictus, AVC, trombosis

Objetivos:

La implantación en nuestro hospital del protocolo de código ictus en 2011 nos obliga a optimizar los tiempos clave en pacientes candidatos a neurofibrinolisis.

Material o pacientes y método:

Estudiamos todos los pacientes con ictus isquémicos tratados mediante fibrinolisis en nuestro hospital entre los años 2011 y 2015.

Resultados:

De los 32 pacientes estudiados, en 1 caso se realizó la fibrinolisis antes de 10 minutos tras el TAC, en 1 entre 10 y 15 minutos, en 2 casos el tiempo fue entre 15 y 20 minutos y en 24 casos el tiempo fue mayor de 20 minutos, lo que supone que en el 14.28% de los casos el tiempo TAC aguja fue menor de 20 minutos.

Conclusiones:

Es necesario implementar medidas de cara a disminuir los tiempos como el tiempo TAC/Aguja en pacientes con ictus isquémico agudo subsidiarios de neurofibrinolisis.

P-1219

MANEJO DEL ESTATUS EPILÉPTICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

M Liñán López, F Santaella Aceituno, E Roca Fernández Castanyes,
A Pineda Martínez, E Gómez García, JM Alonso Morales

Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Palabras Clave: epilepsia, estatus, terapéutica

Objetivos:

El estatus epiléptico es una patología relativamente frecuente en los servicios de urgencias neurotraumatológicas.

Material o pacientes y método:

Análisis descriptivo prospectivo de realizado desde Junio de 2015 a Marzo 2016 inclusive. Se han registrado 13 pacientes con E.E. Media de edad de 64,9 años (40-90), 10 de ellos con epilepsia preexistente y 3 con proceso agudo sintomático. Todos los casos se objetivaron mediante registro EEG en el área de Observación de Urgencias.

Resultados:

De todos los E.E., en 5 casos fue de tipo convulsivo, 4 no convulsivo y 4 focal. La pauta terapéutica más usada fue lacosamida 400 mgr iv en bolo y después 200 mg/12 horas, siendo eficaz en 11 pacientes. El paciente permaneció 72 horas de media en Observación, siendo 11 pacientes dado de alta y solo 2 precisaron ingreso en planta. El principal efecto adverso fue somnolencia.

Conclusiones:

El estatus epiléptico se define por la persistencia de crisis epileptiformes tras la administración de benzodiacepinas y al menos un FAE. La lacosamida iv no tiene indicación en el momento actual en el tratamiento del estatus epiléptico refractario, aunque se han realizado estudios observacionales que demuestran una eficacia elevada y un alto nivel de seguridad. Nuestro trabajo plantea que en la práctica clínica debemos iniciar terapia con lacosamida en el manejo del estatus epiléptico refractario ya que además de la eficacia demostrada a través de EEG, tiene un buen perfil de tolerancia y ausencia de interacciones, escasos eventos adversos graves y fácil paso a vía oral.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

P-1220

¿HEMOS MEJORADO LOS TIEMPOS PUERTA-TAC EN PACIENTES CON CÓDIGO ICTUS?

S Pendón Fernández, A Mesa Vega, A Arana Bravo, D Pérez López, A Fernández Ramírez

Hospital de Axarquía. Málaga

Palabras Clave: ictus, ACV, trombosis

Objetivos:

Desde la implementación en nuestro hospital del protocolo de código ictus en 2011, y con la máxima de que el tiempo es cerebro, hemos intentado que los tiempos en la asistencia sean cada vez menores.

Material o pacientes y método:

Se estudiaron 222 pacientes, correspondientes a todos los pacientes en los cuales se activó el protocolo de código ictus entre enero de 2011 y diciembre de 2015.

Resultados:

En 2011 el tiempo puerta TAC menor de 15 minutos se consiguió en un 12.76% de los casos, siendo de un 54.24% los casos en los que dicho tiempo fue menor de 15 minutos en 2015. En 2011 se demoró más de 30 minutos la realización del TAC en un 34.04% mientras que dicha cifra bajó a un 23.9% en 2015.

Conclusiones:

Desde enero de 2011 hasta diciembre de 2015 se ha mejorado de forma evidente los tiempos puerta-TAC, lo que ha posibilitado la inclusión en el protocolo de fibrinólisis de más pacientes.

P-1221

INFARTO RENAL BILATERAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

MM Portillo Cano, F Oltra Hostalet, MO García Sánchez, C Navarro Bustos

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Palabras Clave: infarto renal, dolor abdominal, trombosis

Objetivos:

El infarto renal es una patología infrecuente, que se relaciona con factores de riesgo que favorecen la aparición de fenómenos tromboembólicos o ateroembólicos. La sintomatología es bastante inespecífica, por lo que el diagnóstico precoz resulta muy difícil siendo una patología bastante infradiagnosticada. Es más frecuente en mujeres en la sexta década de la vida.

Material o pacientes y método:

Se presenta el caso de una paciente de 67 años, con antecedentes personales de obesidad, hipertensión arterial y dislipemia, que acude por presentar un cuadro de dolor abdominal generalizado, náuseas y vómitos junto con estreñimiento e intolerancia a la vía oral. Se le realiza TAC de abdomen que objetiva lesiones compatibles con infarto renal bilateral (polo superior y medio del riñón izquierdo, y polo inferior del derecho), con signos de paniculitis en flanco izquierdo.

Resultados:

La etiología más frecuente de este cuadro es la embólica seguida de la trombosis. En nuestro caso, la paciente no presenta arritmia alguna y sí factores de riesgo protrombóticos como causa principal.

Conclusiones:

El infarto renal, como se ha comentado anteriormente, presenta una sintomatología de difícil diagnóstico. La forma más frecuente de presentación suele ser el dolor abdominal que puede acompañarse de náuseas, vómitos, fiebre, hematuria y oligoanuria, lo que nos obliga a realizar diagnóstico diferencial con otras patologías como el cólico renal, la pielonefritis, la isquemia intestinal, la colecistitis y la pancreatitis. En nuestro caso la paciente quedó ingresada con la sospecha de obstrucción intestinal por lo que se le realizó el TAC abdominal que confirmó el diagnóstico de infarto renal. Se indicó tratamiento con hidratación abundante y diuréticos a bajas dosis para mantener perfusión renal y un buen control de diuresis, con buena evolución durante su ingreso en la unidad. En conclusión, ante un paciente que presente la triada de elevación de LDH sérica, cuadro clínico compatible y alto riesgo tromboembólico debemos tener en mente esta patología.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

P-1222

ANÁLISIS DE PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA QUE INGRESAN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. DATOS CLÍNICOS DE INTERÉS PARA EL MÉDICO DE URGENCIAS

E Quero Motto, M Lozano Espinosa, L Muñoz Gimeno, A Cantero Sandoval, D Nova López, V Asensio Villanueva, E Martínez Lerma

Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca. Murcia

Palabras Clave: hemorragia subaracnoidea, aneurisma intracranial, cefalea

Objetivos:

La hemorragia subaracnoidea (HSA) supone del 6-8% de todas las enfermedades vasculares cerebrales agudas con una alta morbilidad asociada. Puede responder a diversas etiologías, siendo la causa traumática la más frecuente, y de las espontáneas la rotura de un aneurisma intracranial. Su presentación clínica no siempre es uniforme lo que conlleva errores diagnósticos que pueden resultar fatales para el paciente.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo y observacional en el que se analizan las HSA que ingresaron en nuestro hospital, a través del servicio de urgencias, en el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2014.

Resultados:

El número de pacientes registrados y estudiados fueron 163, con una edad media de 60,6 y una relación mujer/hombre de 52,7% y 47,3% respectivamente. En cuanto a la causa, 69 (42,35%) fueron secundarias a traumatismo craneoencefálico. El resto de casos, 94 (57,6%) fueron espontáneas, y de este grupo el 58% consecuencia de la rotura de un aneurisma intracranial. El número de pacientes fallecido fue de 21 (12,8%). En cuanto al análisis de datos clínicos relacionados con el diagnóstico, el motivo más frecuente de consulta fue la cefalea, que se documentó en 52 casos (55,35%). En 23 pacientes (24,5%) se objetivó algún grado de alteración de consciencia, y el síncope fue registrado en 15 (16%). Otros síntomas o signos descritos, aunque en menor frecuencia fueron: cervicalgia, náuseas o vómitos y focalidad neurológica. Un dato de interés fue que 15 pacientes (9,2%) habían realizado más de una consulta en urgencias, previa al diagnóstico definitivo. Finalmente, resaltar que 37 de los pacientes estaban recibiendo algún tipo de tratamiento anti trombotico, 25 de ellos antiagregantes y 12 anticoagulación.

Conclusiones:

La cefalea es el síntoma de presentación más frecuente de una HSA, en concordancia con lo que indican todas las series y estudios ya conocidos, y por tanto el dato guía que nos debe llevar a sospechar y confirmar el diagnóstico. Aunque no debemos, subestimar otros como el síncope o las alteraciones del nivel de consciencia. Un dato que nos parece relevante en nuestra serie, es que cerca del 10% de pacientes, no fueron correctamente diagnosticados en la primera consulta en urgencias. Los motivos erróneos estuvieron relacionados con diversas presentaciones clínicas y/o de interpretación de los estudios de imagen (TAC craneal).

P-1240

PACIENTE ICEBERG

C Sarabia Cárcel, M Sacristán Román, M Castán Lagrava, M Conesa Nicolás, M Villamor Villarino

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Palabras Clave: discitis, psoriasis, bacteriemia

Objetivos:

Varón, 68 años, consultó hace 4 días por dolor de varios días de evolución a nivel trocánter derecho y región lumbar/cadera derecha irradiado hasta rodilla (cara posterior muslo), junto con escalofríos y sudoración sin clara tiritona (no se termometra), analítica con L 10.72 y PCR 26, y radiografía lumbo-sacra con signos degenerativos artrósicos, diagnosticándole probable trocanteritis, prescribiendo prednisona y paracetamol, y citándole para reevaluación en 5 días. En esta segunda ocasión refiere exacerbación del dolor pese tratamiento, temperatura 38°C y gran dificultad para micción desde hace 24 h.

Material o pacientes y método:

AP: Exfumador. Psoriasis en tratamiento tópico con esteroides. Antecedentes quirúrgicos: quiste coccígeo, desviación tabique nasal. EF: Dolor palpación región glútea derecha y trocánter mayor derecho, sin signos inflamatorios. ROT rotulianos débilmente presentes, RCP flexor izquierdo indiferente. PC: -Analítica: L 21.72 (N 86%), PCR 26 -AyS: nitritos(+), 54 leu/cpo, 39 ht/cpo -Urocultivo: negativo. Hemocultivos: S. aureus multi-sensible excepto penicilina. -TC abdomino-pélvico: Cambios inflamatorios musculatura paravertebral región lumbar derecha y psoas ilíaco derecho, consistentes en aumento tamaño, aspecto flemonoso y pequeños focos de abscesificación. Ecografía abdomen: normal. RM lumbar: Espondilodiscitis L4-L5, pequeños focos espondilodiscitis L3-L4 y D11-D12. Abscesos múltiples musculatura paravertebral derecha y psoas derecho. Aracnoiditis cola de caballo. TC cerebral: normal

Resultados:

Evolución: Tras ingreso se inicia tratamiento con levofloxacino y cloxacilina. Se consideran las lesiones de psoriasis como posible puerta de entrada de la bacteriemia, y desarrollo de foco metastático a nivel musculo-esquelético en seno de dicha bacteriemia. Con buena evolución clínica, el paciente solicita completar el tratamiento en su provincia de origen. Se decide revisión en centro de referencia con RMN para pautar duración del tratamiento con levofloxacino. El hallazgo de aracnoiditis crónica podría ser la causa de la RAO que presentó al ingreso, con sedimento patológico pero urocultivo negativo. Evolucionó sin incidencias tras retirar sondaje vesical. JC: Espondilodiscitis L4-L5 -Pequeños focos espondilodiscitis L3-L4 y D11-D12 -Abscesos musculatura paravertebral derecha y psoas derecho, en seno de bacteriemia por S.aureus -Retención aguda orina (RAO)

Conclusiones:

Un síntoma puede ser la punta del iceberg de una enfermedad oculta. Una visión global de la enfermedad es determinante para diagnosticar y tratar la causa principal, cuya detección precoz podría mejorar el pronóstico, disminuyendo las complicaciones.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

P-1241

SEUDOQUISTE PÉLVICO COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO EN UNA MUJER JOVEN

J Penedo Arrugueta, A Muñoz Hernández, R Parada López,
C Bibiano Guillén, J del Cañizo Canto, B García Marina

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

Palabras Clave: abdomen agudo, dolor abdominal, pseudoquiste

Material o pacientes y método:

Seudoquiste pélvico como causa de abdomen agudo en una mujer joven. Penedo, J, Muñoz, A, Parada, R, Bibiano, C, del Cañizo, J. Introducción: El dolor abdominal es la causa más frecuente de asistencia a los Servicios de Urgencias. Por lo tanto, todo médico que trabaje en estos departamentos debe entrenarse para la adecuada valoración de estos enfermos para evitar la falta de diagnóstico precoz de un abdomen agudo quirúrgico. Objetivo: Describir una causa infrecuente de abdomen agudo en una mujer joven. Paciente: Mujer de 35 años, con antecedentes de histerectomía abdominal total simple por útero miomatoso, cistocele grado II y rectocele grado II, e incontinencia urinaria, hace 7 días comienza a presentar dolor abdominal difuso, de predominio en ambas fosas ilíacas e hipogastrio, con febrícula menor de 38°C en domicilio hace 24 horas. Al examen físico se encuentra febril - 38.3°C -, estable hemodinamicamente, abdomen doloroso a palpación superficial y profunda en ambas fosas ilíacas e hipogastrio, con signos de irritación peritoneal a ese nivel. Se solicita analítica: Hemograma: Leucocitos 10.82 10E3/ml (neutrófilos 8,4 10E3/ml), fibrinógeno derivado > 500 mg/ml, proteína C reactiva 193.5 mg/dl. Se realiza TAC urgente de abdomen y pelvis con contraste intravenoso en el que se observa estructura pélvica multilobulada que desplaza a la vejiga y la región rectosigmoidea, impresiona hidropio colpos o lesión quística retrovaginal con cambios inflamatorios perilesionales. En ecografía transvaginal se objetiva imagen quística de 1.5 cm en espacio vagino-rectal y pelvis menor. Se realiza laparoscopia diagnóstica y se localiza tumor quístico en fosa ilíaca izquierda que disecciona el espacio pararectal izquierdo hasta periné, firmemente adherido a estructuras adyacentes. Se resecan 10 cm de la cápsula que se envía a anatomía patológica, con salida de material serohemático y partículas de fibrina. Se vacía el quiste completamente. El diagnóstico anatomopatológico es de pseudoquiste inflamatorio localmente abscesificado. Las muestras de líquido procedentes del quiste son negativas para cultivos de gérmenes aerobios y anaerobios. La paciente evoluciona satisfactoriamente. Palabras clave dolor abdominal abdomen agudo pseudoquiste

Resultados:

Un pseudoquiste inflamatorio localmente abscesificado en una mujer joven es una causa infrecuente de abdomen agudo.

Conclusiones:

Un pseudoquiste inflamatorio localmente abscesificado en una mujer joven es una causa infrecuente de abdomen agudo, de hecho, no se han encontrado enfermos similares en la literatura revisada.

P-1247

HEMATOLOGÍA EN EL ABDOMEN

D Fernández Vargas (1), S Martín Caravante (2),
E Caro Vázquez (1)

(1) Hospital Virgen de la Victoria. Málaga., (2) Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. Distrito Sanitario de Málaga

Palabras Clave: abdominal pain, primary myelofibrosis, polycythemia vera

Objetivos:

El dolor abdominal es, según autores, casi un 75% de los motivos de consulta en los Servicios de Urgencias (SU). Su diagnóstico diferencial es muy amplio, y en Urgencias surge la dificultad añadida de procesos poco frecuentes cuya demora diagnóstica puede poner en peligro al paciente. Uno de ellos, es la trombosis en territorio esplácnico, estando relacionada ésta frecuentemente con la presencia de un síndrome mieloproliferativo (SMP), presente en un 30% de casos de trombosis portal (TP) y en un 50% el síndrome de Budd-Chiari (SBC). La TP suele ser la primera manifestación de policitemia vera (PV).

Resultados:

Mujer. 67 años, antecedentes de Diabetes, dislipemia e hipertensión. Litiasis biliar y renal. Acude a urgencias por dolor abdominal epigástrico irradiado a espalda, náuseas, hiporexia y pérdida de 2 Kg de peso en último mes. A la exploración destaca la sensación de enfermedad transmitida y T° 37.9 °C. Dolor abdominal con defensa en hemiabdomen superior. En analítica destaca 14200 leucocitos/mm3, Hb 13.2 g/dl con VCM 64 fl. Creatinina 1.6 mg/dl, Urea 80 mg/dl, GOT 61 UI/l con amilasa y bilirrubina normales. Ecografía/TAC abdominal: Trombosis portal y dudosa extensión esplénica. Esplenomegalia (14.2 cm) con área triangular inferior sugestiva de infarto. Es ingresada en Medicina Interna, donde sigue tratamiento con heparina de bajo peso molecular y se realiza frotis sanguíneo: eritrocitos en forma de lágrima, nucleados, mielocitos, promielocitos, trombocitosis. Diagnóstico final: mielofibrosis crónica postPV.

Conclusiones:

La sospecha de SMP es difícil por la esplenomegalia y anemias inducidas ocasionalmente por fenómenos hemorrágicos que pueden provocar recuentos celulares normales. La esplenomegalia ó infartos esplénicos en técnicas de imagen, nos debe orientar a un SMP en estos casos. La aparición de TP en la mielofibrosis crónica es probable que corresponda a casos no diagnosticados de PV. Importante destacar que está ganando importancia la detección de mutaciones en el Gen JAK2 en el diagnóstico etiológico de trombosis esplácnicas (aparecen en el 90% de pacientes con PV y 50% con mielofibrosis idiopática) donde están en auge ensayos con terapias para su inhibición.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

A-1275

CONVULSIÓN Y ATAXIA EN ALCOHÓLICO

**L Prieto Lastra, M González Ruiz, FM Mateos Chaparro,
M Lara Torres, S Rubio Sánchez, R Segura Granda,
E Peraíta Fernández**

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras Clave: wernicke encephalopathy, alcoholism, convulsion

Objetivos:

La encefalopatía de Wernicke es un síndrome neurológico reversible causado por un déficit de Tiamina o Vitamina B12.

Material o pacientes y método:

Paciente de 53 años traído a urgencias en soporte vital avanzado, por síncope recuperado, mordedura lingual y amnesia del episodio. Llega estable hemodinámicamente y en la exploración física sólo se objetiva un nistagmo horizontal bilateral, dismetría de MSI y marcha atáxica con aumento de base de sustentación. Destacan también defectos en la memoria reciente, la desorientación del paciente durante la exploración y cierto componente de confabulación. El paciente es un consumidor severo de alcohol y ocasional de cannabis. Durante su estancia en urgencias, el paciente sufre una crisis tónico-clónica generalizada con período post-crítico por lo que se pautan tratamiento anti-convulsivo y Tiamina parenteral.

Resultados:

En las pruebas complementarias, no se encontró ninguna alteración importante, salvo una CPK de 4107, y una leve alteración de las enzimas hepáticas, GOT 170, GPT 100, GGT 540. El TAC de cráneo, no encontró hallazgos patológicos. Durante el ingreso de 3 días, se continuó el tratamiento, no reapareciendo las crisis y desapareciendo de manera progresiva la ataxia y el nistagmo.

Conclusiones:

La encefalopatía de Wernicke es una enfermedad, que requiere de diagnóstico precoz, y si es posible, de prevención adecuada. El diagnóstico es clínico, ya que en los servicios de urgencias no se suele disponer de la determinación de Tiamina en sangre. Los criterios de Caine y una rápida respuesta a la Tiamina, suelen ser determinantes para el diagnóstico, junto con el antecedente de alcoholismo crónico, anorexia nerviosa, u otra condición que nos pueda hacer pensar en una dieta deficitaria en vitamina B12. Además, debido a la seguridad del tratamiento, ante la sospecha de esta patología, es crucial administrar precozmente Tiamina.

A-1283

¿CONSIGNAMOS EN LA HISTORIA CLÍNICA TODOS LOS DATOS RELEVANTES EN PACIENTES CON ICTUS?

**A Arana Brav, A Mesa Vega, S Pendón Fernández, D Pérez López,
A Ramírez Fernández**

Hospital de la Axarquía. Málaga

Palabras Clave: ictus, código ictus, ACV

Objetivos:

La consignación en la historia clínica digital de todos los datos relevantes en pacientes con ictus es un aspecto importante de cara al seguimiento del paciente, y puede afectar a la toma de decisiones a lo largo del ingreso en urgencias de pacientes con ictus agudo.

Material o pacientes y método:

222 pacientes atendidos en el área de urgencias hospitalarias durante el año 2015 clasificados como código ictus.

Resultados:

No se anotó en la historia clínica la escala de Rankin previa en un 14.41% de los casos, la escala NIHSS no se anotó en el 19.81% de los casos. En un 15.31% no consta la tensión arterial del paciente y en el 33.78% no se anotó la Temperatura al ingreso. En un 36.03% de los casos no se anota la glucemia capilar, en el 27.92% no consta la saturación de oxígeno al ingreso y en un 7.65% no se anotó el resultado del EKG

Conclusiones:

La persistencia de hojas de evolución en formato papel, y escritas a mano condicionan que una gran parte de la información clínica no quede registrada en la historia digital del paciente. Se deberían implementar medidas destinadas a que toda la información clínica relevante al ingreso de los pacientes con ictus, sea reflejada en la historia clínica digital.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

P-1290

PSICOFÁRMACOS COMO CAUSA DE SÍNDROME DE SECRECIÓN INADECUADA DE HORMONA ANTIDIURÉTICA EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

JA Castro Giménez, A Berlango Jiménez, A Agustín Varas, V Palomar Alguacil, L Jiménez Murillo, E Martínez Acevedo

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Palabras Clave: urgencias metabólicas, hiponatremia, síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH)

Objetivos:

El equilibrio homeostático 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). La elevación de ADH por secreción inadecuada, 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 desordenes 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 SIADH y tratamiento con psicofármacos asistidos en nuestro Servicio de Urgencias. Periodo del 1/06/2014 al 31/12/2014. Detectados los pacientes con hiponatremia por SIADH, hemos estudiado los siguientes aspectos: 1. Pacientes atendidos y relación con el total. 2. Distribución por sexo, edad y tratamiento con psicofármacos. 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). Tomaban psicofármacos 268 (48,88%). Tratamiento: furosemida (169), s. 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 toma de psicofármacos es la causa más frecuente de SIADH en los pacientes atendidos en nuestro Servicio de urgencias. 2. La detección de hiponatremia en los pacientes en tratamiento con psicofármacos, permite un adecuado tratamiento, mejorando 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.

P-1291

INCIDENCIA DE HEMORRAGIAS CEREBRALES EN NUESTRO SERVICIO

FJ Miralbés Casterá (1), I Ortega Castrillo (1), M Miralbés Torner (2), MF Ramírez Hidalgo (3), MT Torner Benet (4)

(1) Hospital de Barbastro, (2) Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida, (3) Hospital Juan XXIII. Tarragona, (4) Faculta de Enfermería. Lleida

Palabras Clave: hemorragia cerebral, anticoagulación, hipertensión arterial

Objetivos:

Las hemorragias cerebrales son una patología con una alta tasa de mortalidad. El envejecimiento de la población y la anticoagulación por la fibrilación auricular, pueden tener una incidencia en estos eventos.

Material o pacientes y método:

Se consulta en el servicio de informática, todos los pacientes con diagnóstico mediante el CIE-10 de hemorragia cerebral/intraparenquimatosa y subaracnoidea atendidos en el servicio en el año 2015. Posteriormente se hace la revisión de las historias clínicas.

Resultados:

Se atendieron 30 pacientes con dicha patología, 0.11% de todas las atenciones realizadas de patología médico-quirúrgica. La edad media era de 68,75 años (73,35 en varones y 61,08 en mujeres). los motivos de ingreso fueron: 13 por coma, 15 como focalidad neurológica y 2 traumatismos craneoencefálicos. El 66,66% eran varones. 7 pacientes estaban tomando acenocumarol con INR medio de 4.51. La HTA estaba presente en 20 pacientes y la fibrilación auricular en 7. Los diagnósticos al alta: hemorragia intracranial 9, hemorragia subaracnoide 4 y hemorragia intraparenquimatosa 17. En nuestro estudio, los pacientes con ACO (7) presentaron la mayoría hemorragia intraparenquimatosa y 6 fueron exitos. La supervivencia global fué de 26,66% (25% en varones y del 30% en las mujeres).

Conclusiones:

La HTA y la toma de ACOP eran factores determinantes relacionados con el evento hemorrágico, más que la fibrilación auricular o la toma de AAS. La edad y la toma de ACO son en este estudio factores importantes en el evento hemorrágico. Es un estudio con pocos casos, para sacar otras conclusiones y, posiblemente habrá que ampliar el estudio para poder confirmar estos indicios del estudio.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

P-1292

ESTUDIO DE MORTALIDAD EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

MA Galán Traba, FJ Lucas Imbernón, MA Ruiz Ramírez,
R Reolid Martínez, CL Val Jiménez, M Ballester Merino

Hospital General Universitario de Albacete

Palabras Clave: mortalidad, urgencias, calidad

Objetivos:

La sociedad moderna ha cambiado la orientación de la vida y la muerte hacia una perspectiva dominada por los valores científicos, por lo que el proceso de morir ha sufrido dichos cambios desplazándose progresivamente desde el hogar y la familia hacia el médico y los centros hospitalarios. En los últimos años se ha producido un incremento en el número de pacientes que fallecen en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH). El registro de mortalidad en un SUH es un dato como indicador de calidad.

Material o pacientes y método:

Tipo de estudio: Descriptivo y relacional retrospectivo de los pacientes fallecidos en el SUHGUA durante los años 2008-2014, excluyendo pediatría y ginecología. Variables a estudio: Edad, sexo, datos clínicos del proceso de Urgencias, consulta previa, tiempo de permanencia, enfermo terminal, mortalidad esperada. Análisis estadístico: Programa SPSS, $p < 0,05$.

Resultados:

Se registraron un total de 798 exitus. La tasa de mortalidad en el SUHGUA es de 0,72. La edad media de los fallecidos fue de $79,36 \pm 12,83$ años. El 24,9% de los pacientes había consultado previamente en las dos últimas semanas. El porcentaje de pacientes terminales fue del 44,2%. El 54,1% de los pacientes cumplían los requisitos de muerte esperable. La causa más frecuente de muerte fue la sepsis (32,7%). El 8,6% de los casos se realizó interconsulta a Unidades de Críticos, Se solicitó necropsia en el 20,7%, la mayoría (90,6%) judiciales.

Conclusiones:

El perfil habitual del paciente fallecido en Urgencias es un paciente de edad avanzada, con mala situación funcional e importante comorbilidad asociada. Existe un elevado porcentaje de pacientes cuya muerte es esperada, así como de pacientes terminales, por lo que se debe seguir mejorando los circuitos de derivación hacia las unidades de cuidados paliativos y facilitar soporte domiciliario.

O-1293

ATENCIÓN EN URGENCIAS DEL ICTUS EN FASE AGUDA:
ANÁLISIS DE LOS PACIENTES TROMBOLIZADOS

A Estella García, M Gracia Romero, R Viciano Garrido,
L Pérez Fontañá

Hospital del SAS de Jerez. Jerez de la Frontera, Cádiz

Palabras Clave: ictus, trombolisis, código ictus

Objetivos:

La enfermedad cerebrovascular presenta una alta morbimortalidad y es un motivo frecuente de consulta en los servicios de Urgencias. El CÓDIGO ICTUS se ha consolidado tras varios años de su implantación.

Material o pacientes y método:

Estudio prospectivo observacional en un servicio de Urgencias hospitalarias durante un periodo de estudio de 24 meses. Las variables analizadas son edad, sexo, antecedentes médicos, hábito tabáquico y factores de riesgo vascular, valoración escala NIH al ingreso, tiempo puerta-aguja, complicaciones tempranas y mortalidad. Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS v19.

Resultados:

38 pacientes, 22 hombres y 16 mujeres consecutivos recibieron tratamiento trombolítico. La edad media fue de $61,3 \pm 13,5$ años. Un 50% eran hipertensos, un 26,3% dislipémicos y un 21,1% diabéticos. Un 28,9% eran fumadores. Un tercio de los pacientes presentaban previamente tratamiento antiagregante. La valoración al ingreso de la escala NIH fue de $11,03 \pm 4,2$. El tiempo medio puerta-aguja fue de $59,5 \pm 38$ minutos. Un 18,4% precisaron ventilación mecánica y en un 7,9% se observó hemorragia sintomática en la TC de control. 3 pacientes fallecieron.

Conclusiones:

El perfil clínico predominante del paciente atendido en Urgencias con ictus en fase aguda que recibe tratamiento trombolítico es varón de edad media con factores de riesgo vascular y déficit neurológico moderado. La trombolisis sistémica se ha mostrado como un tratamiento eficaz y seguro con pocas complicaciones, la detección precoz en Urgencias es clave para minimizar el retraso en la instauración del tratamiento.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

O-1294

VALORACIÓN DEL PAPEL DE LAS ALTERACIONES DEL METABOLISMO HIDROCARBONADO EN PACIENTES DE UCE ATENDIDOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA

D Redondo Domínguez, JL Lechuga Martos, P Matías Soler, A Estrada Suela, L Matus, R Cuervo Pinto

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Palabras Clave: diabetes, hiperglucemia, insuficiencia cardiaca

Objetivos:

La insuficiencia cardíaca (ICA) es una patología común en pacientes dados de alta desde una UCE. La diabetes mellitus y la hiperglucemia en no diabéticos han mostrado ser determinantes pronósticos intrahospitalarios de pacientes con ICA grave ingresados en planta convencional pero se desconoce si pueden influir en pacientes con un perfil de menor gravedad como son aquellos ingresados y dados de alta desde la UCE.

Material o pacientes y método:

Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a todos los pacientes dados de alta desde la UCE de un hospital universitario con diagnóstico de ICA. Se agrupó a los pacientes en aquellos no diabéticos, pacientes con nueva hiperglucemia (NHG) (paciente no diabético con al menos una glucemia basan durante el ingreso >126 mg/dl o una aleatoria >180 mg/dl), y pacientes diabéticos. Se recogieron datos demográficos, clínicos, analíticos y de evolución en cada uno de los grupos y se estudió si existieron diferencias en los días de estancia de los tres grupos.

Resultados:

Se incluyeron 1041 pacientes [147NHG (4,1%), 393 DM (37,8%), 501 no DM (48,1%)], la edad media de los grupos fue 81,0 (DE 11,97), 78,8 (DE 11,29) y 80,0 (DE 15,61) ($p=NS$) respectivamente, la comorbilidad por índice de Charlson fue de 2,35 (DE 1,87), 3,75 (DE 2,11) y 2,36 (DE 1,86) ($p<0,001$) respectivamente. La distribución por sexos fue similar en los tres grupos con discreto predominio del sexo femenino, el antecedente de ICC fue más frecuente en DM (66,4%) que en no DM (57,1%) y NHG (57,8%), así como los antecedentes de HTA, dislipemia y cardiopatía isquémica que también fueron más frecuentes en el grupo de diabéticos siendo las diferencias estadísticamente significativas. La estancia media fue de 1,77 días para el grupo de no diabéticos, de 2,06 días para los diabéticos y de 2,58 días para el grupo de NHG siendo las diferencias entre los tres grupos estadísticamente significativas ($p=0,017$).

Conclusiones:

La diabetes y la hiperglucemia pueden contribuir a un mayor periodo de estancia hospitalaria en pacientes atendidos en una UCE por ICA. La estancia hospitalaria más prolongada se objetivó en pacientes no diabéticos que presentaron un episodio de nueva hiperglucemia durante el ingreso.

P-1295

CONTROL DEL DOLOR AGUDO DESDE URGENCIAS: USO DE BOMBAS ELASTÓMERAS

S Galindo Vacas, V Martínez Prieto, A Jurado Carmona

HARE. Écija

Palabras Clave: dolor, analgesia, bomba elastómera

Objetivos:

El control del dolor es una prioridad en todos los pacientes que consultan en urgencias, por ello, determinados pacientes son subsidiarios de la colocación de las bombas elastómeras de infusión continua. Ayudan a mantener los niveles plasmáticos del fármaco estables y un nivel de analgesia adecuado para controlar el dolor agudo.

Material o pacientes y método:

Implantación del proceso de colocación de bombas elastómeras ante determinadas patologías agudas hace 6 meses (septiembre 2015) Criterios de inclusión: 1. Pacientes > 18 años con patología aguda como cólico nefrítico, patología anal, fracturas costales, vertebrales, proximales de humero no intervenidas, de pelvis, de clavícula. 2. Analgesia al alta desde urgencias: EVA < 4 Criterios de exclusión: dolor de patologías crónicas. MATERIAL: Catéter multiperforado, bomba elastomérica de 250 ml con la medicación cargada. Se administraron en urgencias, metamizol 2 gr+ tramadol 100 mg+ ondasetrom 8 mg IV o dexketoprofeno 50 mg+ tramadol 100 mg+ ondasetrom 8 mg IV y ya al alta con un EVA < 4 , se le pautará una de las 2 opciones: - 1: Metamizol 8 gr+ Tramadol 400 mg+ Ondasetrom 16 mg - 2: Dexketoprofeno 300 mg+ Tramadol 400 mg+ Ondasetrom 16 mg Al alta: rescate de analgesia oral, una hoja informativa de los cuidados en domicilio y de retirada de la bomba en CS u Hospital. Enfermería realizará un seguimiento telefónico en 24 h, valorará EVA y rellenará una encuesta.

Resultados:

Se han colocado en Urgencias 17 bombas elastómeras. 66.6 % en hombres. De ellas, 35.2% por cólicos renales, 29.4 % por patología anal, 17.6% por traumatismos. La opción 1 fue la más usada (73%). Tras encuesta telefónica en 24 horas, control EVA (98%). Retirada de bomba en CS 82 %. Únicamente el 2% de los pacientes, requirieron nueva consulta por persistencia del dolor.

Conclusiones:

Las bombas elastómeras son una opción factible desde el Servicio de Urgencias. Evitan los reingresos por dolor incontrolado.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

O-1296

RENTABILIDAD DE LA PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA EN EL DIAGNÓSTICO DE ADENOPATÍAS

I García Rupérez, D González González, R López Izquierdo, MA Torres Nieto, P Callejo Pérez, P González Márquez, J Álvarez Manzanares

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Palabras Clave: adenopatía, urgencias, biopsia con aguja

Objetivos:

Es frecuente la atención en urgencias por aparición de adenopatías. La mayoría son secundarias a cuadros infecciosos banales, pero es importante reconocer las características de malignidad.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo. Ámbito: SUH. Criterios de inclusión: >14 años que acudieron durante 2014-2015 al SUH por adenopatías. Variables: Género, Edad media, Grupos Edad (GE) 14-40, 41-65, >65, Reg. Anatómica: Cabeza/Cuello (CC), Tórax/ axilas (TAX), Inguinales, Cumple criterios de PAAF, PAAF solicitada, PAAF realizada, diagnóstica (Dx), diagnóstico final (DxF). Comparación variables cuantitativas: t-student, cualitativas: Chi-cuadrado. SPSS 20.0. $p < 0,05$.

Resultados:

N: 100, Mujer: 53%, Edad Media: 34,2 (14,5), GE: 14-40 76%, 41-65 21%, >65 (3%), Edad Media/Género: Varón 32,17 (12,91) Mujer: 36 (15,71) $p > 0,05$. Reg. Anatómica: CC 63%, TAX 15%, Inguinales 22%, Cumple criterios de PAAF: 16%, PAAF solicitada: 15%, Realizadas: 13%, Dx: 9%, DxF: R: 92%, QTB: 5%, M: 3%. Análisis GE/Reg. Anatómica: 14-40: CC: 60,5%, TAX: 14,5%, Inguinales: 25%, 41- 65: CC: 81% TAX: 9,5%: Inguinales: 9,5%, >65: CC: 0% TAX: 13,3% Inguinales: 4,5% $p > 0,05$. PAAF solicitada/Género: Varón: 17%, Mujer: 13,2% $p > 0,05$. PAAF solicitada/GE 14-40: Sí 14,5%, 41-65: 19%, >65: 0% $p > 0,05$. PAAF solicitada/Reg anatómica: CC: Sí 14,3%, TAX: 20%, Inguinales: 13,6% $p > 0,05$. Diagnóstico final/género: Varón: R: 91,5%, QTB: 4,3% TM: 4,3%, Mujer: R: 92,5% QTB: 5,7% TM: 1,9% $p > 0,05$. GE/diagnóstico final: 14-40: R: 94,7%, QTB: 3,9%, TM: 1,3%, 41-65: R: 85,7%, QTB: 9,5%, TM: 4,8%, >65: R: 66,7%, QTB: 0%, TM 33,3% $p > 0,05$. PAAF solicitada/DxF: R: Sí 60%, QTB: 33,3%, TM 6,7%.

Conclusiones:

Los cuadros de adenopatías, son más frecuentes en mujeres entre los 14 y 40 años y aparecen principalmente en CC. El diagnóstico más frecuente es reactivas a procesos infecciosos banales. No hay diferencias significativas al pedir PAAF por edad, género o región anatómica. De las PAAF solicitadas desde el SUH más de una tercera parte presentaban patología tumoral, la mayoría benignas y se diagnosticó un TM. Esto indica que las PAAF solicitadas presentan una correcta derivación.

O-1298

SIGNOS DE ALARMA EN LA DETECCIÓN DE CEFALEA GRAVE EN URGENCIAS

J Abelaira Freire, D García Azorín, E Rodríguez Adrada, E Blanco Márquez, C Domínguez Bernal, L Mariel Matus, L Mateos Sánchez

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Palabras Clave: cefalalgia, emergencies, secondary headache disorders

Objetivos:

La cefalea como motivo de consulta agrupa un número muy amplio de entidades, incluyendo patologías de carácter benigno como la migraña y otras donde el dolor de cabeza es un síntoma de una enfermedad que puede ser potencialmente mortal. Los profesionales de Urgencias debemos disponer de herramientas que nos ayuden a detectar a estos pacientes de alto riesgo.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de una serie de casos con análisis transversal que incluyó por oportunidad pacientes atendidos por cefalea al Servicio de Urgencias de un hospital terciario universitario durante 1 año. Un médico investigador independiente rellenó un formulario estandarizado de 47 preguntas dicotómicas donde se recogían variables demográficas, antecedentes personales, síntomas y signos de la cefalea. Dos neurólogos independientes y enmascarados al diagnóstico revisaron la información obtenida para intentar establecer el diagnóstico definitivo. Se realizó una regresión logística para establecer los criterios independientes de gravedad.

Resultados:

Se incluyeron 86 pacientes. Los diagnósticos de cefalea secundaria más frecuentes fueron ictus hemorrágico (37%), lesiones ocupantes de espacio (17%), hemorragia subaracnoidea (14%). La cefalea primaria más diagnosticada fue la migraña (46%). Las variables que han demostrado significación estadística para ser de alto riesgo son la inmunosupresión, inicio brusco, alteraciones del lenguaje, síntomas visuales, alteraciones conductuales, presencia de tensión arterial elevada y focalidad neurológica. La asociación de la con alimentos o el estrés y la presencia de fotofobia son protectores.

Conclusiones:

Una anamnesis y exploración física adecuada son clave a la hora de diagnosticar una cefalea secundaria. La inclusión de un número mayor de pacientes en el estudio y la creación de un cuestionario abreviado con los ítems que han demostrado mayor fuerza de asociación permitirán la creación de un 'código cefalea' que detecte precozmente pacientes de alto riesgo en Urgencias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

P-1299

ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO ICTUS. ¿Y DESPUÉS?

**A Arana Bravo, S Pendón Fernández, A Mesa Vega,
D Pérez López, A Ramírez Fernández**

Hospital de la Axarquía. Málaga

Palabras Clave: ictus, ACV, Código Ictus

Objetivos:

La implementación del protocolo de código ictus en nuestro servicio de urgencias ha posibilitado una atención temprana a estos pacientes, estableciendo unas pautas claras de actuación que deben mejorar las expectativas pronósticas a medio/largo plazo.

Material o pacientes y método:

222 pacientes atendidos en los que se activó el protocolo de código ictus durante el año 2015 correspondientes a todos los casos que se presentaron. Estudiamos el diagnóstico final, así como el destino y secuelas tras el ingreso en planta.

Resultados:

De los 222 casos atendidos como código Ictus, el diagnóstico de infarto cerebral fue en el 65.76% de los casos, en el 18.01% fue hemorragia parenquimatosa, en un 1.8% de los casos hemorragia subaracnoidea y en un 14.41% el diagnóstico final fue AIT. SE realizó neurofibrinolisis en 3 casos (1.35% de los casos). Ingresaron en planta de medicina interna el 75.22% de los casos. De los 167 pacientes ingresados, el 16.76% de los casos quedó sin secuelas neurológicas, el 47.3% de los casos tuvo cierta mejoría sin recuperación completa, el 22.75% no recuperó neurológicamente y el 13.17% de los casos fallecieron durante el ingreso.

Conclusiones:

La implementación del protocolo de Código Ictus es satisfactoria, y sería conveniente completar este estudio con estudios comparativos posteriores. Los datos que obtenemos en nuestro servicio coinciden con los perfiles publicados en la literatura de hospitales con similares características al nuestro.

P-1301

AMILASA Y LIPASA EN EL DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS EN URGENCIAS

**ME Díaz Fernández, A Krompiewski Fernández, A Huesa Perales,
L Gómez Martínez, D Díez Herrero, M Salinas, P Esteban**

Hospital Universitario Sant Joan de Alicante

Palabras Clave: lipasa, amilasa, mejora de calidad

Objetivos:

El diagnóstico de pancreatitis aguda es un reto diario del médico de urgencias, en el que el laboratorio juega un papel fundamental. A pesar de que la lipasa tiene una mayor utilidad diagnóstica que la amilasa, ésta última sigue siendo la prueba más solicitada en los Servicios de Urgencias españoles.

Material o pacientes y método:

Se aplicó dos veces consecutivas el ciclo. La eficacia diagnóstica de amilasa y lipasa individualmente, y de lipasa combinada con amilasa cuando existían valores patológicos.

Resultados:

La sensibilidad y especificidad de amilasa fueron 0,70 y 0,96, para la lipasa 0.85 y 0.96. La sensibilidad y especificidad en la combinación de ambas 0,92 y 0,98. El coste de laboratorio de cada caso fue 45.2 euros, si se hubiera utilizado el enfoque tradicional hubiera sido de 63,7 euros.

Conclusiones:

El estudio confirma la necesidad de utilizar la lipasa como primer marcador en diagnóstico de la pancreatitis en el servicio de urgencias y propone un sistema de mejora continua adoptado mediante consenso entre los profesionales que intervienen en el proceso asistencial.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

O-1302

EVALUACIÓN DEL CONTROL Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN URGENCIAS

I Agra Montava, L Lozano Polo, S Herrera Mateo, MT Bayod Mir, M Blázquez Andion, L Higa Sansone, J Martín Marcuello

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Palabras Clave: diabetes, tratamiento, glucemia

Objetivos:

La diabetes representa un 13,8% de la población de nuestro país, este grupo conforma un 30-40% de las visitas atendidas en los Servicios de urgencias y un 25% de los pacientes hospitalizados. La detección de estos pacientes pasa por los servicios de urgencias donde se debe detectar y optimizar el tratamiento garantizando un seguimiento adecuado.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional y descriptivo, retrospectivo y transversal, realizado en el ámbito de urgencias recogiendo la muestra de pacientes antecedentes de diabetes mellitus que acudieron a urgencias durante 4 meses del 2015 y obteniendo los datos mediante el sistema informático SAP y análisis estadístico mediante SPSS.

Resultados:

Se incluyeron 156 pacientes (62 varones) de edad media de 79 años. La glucemia media a su ingreso a urgencias es de 226 mg/dl, de estos pacientes el 45 % no se les instaura ningún tratamiento antidiabético, un 37% una pauta de insulina móvil y un 18% pauta bolo-basal. Los controles de glucemia por enfermería son realizados correctamente (basal y antes comidas) en un 72% de los pacientes ingresados. La glucemia media basal a las 24 horas es de 168 mg/dl de los cuales un 12 % presenta hipoglucemia basal y un 53% hiperglucemia basal. Del grupo que no realizan ningún tratamiento solo el 60% se decide instaurar tratamiento antidiabético siendo la causa principal del cambio la presencia de hiperglucemia en un 70% de los casos ante la detección de la diabetes en un 30%.

Conclusiones:

La ausencia de protocolos de detección y manejo de la hiperglucemia suponen un mal control de la glucemia de los pacientes que ingresan a urgencias, obviando en la mayoría de los casos de instaurar un tratamiento inicial, siendo este modificado al objetivar episodios de hiperglucemia elevada. Es preciso la creación y/o optimización de protocolos de actuación y dar una formación adecuada al personal de urgencias para mejorar dichos aspectos. Por dicha razón se decide la realización de un protocolo específico en nuestro centro.

P-1303

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ICTUS ATENDIDOS EN URGENCIAS

J González Bravo, M Morales Navarrete, R Zapata Bautista, MJ Marchena González, R Cotofana, P Oliva Fernández, C García Ruiz

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva

Palabras Clave: emergency care, brain stroke, neurologic

Objetivos:

El ictus es la segunda causa más frecuente de muerte y la tercera causa de discapacidad. Con una prevalencia de 500-600 casos por cada 100.000 habitantes. Se ha experimentado un descenso de incidencia, pero en números absolutos existe un aumento de los casos de ictus y de discapacidad.

Material o pacientes y método:

Se registra de forma aleatoria en Urgencias durante 1 año 66 pacientes con sospecha diagnóstica de ictus. Se recogen variables sociodemográficas, antecedentes personales, comorbilidad y evolución.

Resultados:

Se han registrado 66 pacientes con edad media de 67,71 y mediana de 70 años, siendo en el 71,2% de los casos hombres. El 37,9% de los pacientes presentaron la conjunción de 2 factores de riesgo cardiovasculares (Hipertensión +/- Diabetes o Dislipemia). El 47% no eran fumadores. El 42,4% presentaban comorbilidades y el 18,2% habían sufrido un ictus previo. La etiología más frecuente fue la isquémica (54,5%), de los cuales aterotrombóticos (24,2%), pequeño vaso (16,7%) y cardioembólicos 13,6%. Sólo el 18,2% fueron hemorrágicos. El 30,2% estaban antiagregados, (22,7% con aspirina, 3% con clopidogrel y 4,5% con doble antiagregación). Se realizó fibrinólisis al 3%. Con el seguimiento posterior se observó que el 81,2% fueron eventos reales. En 6,1% durante la estancia hospitalaria fueron éxitos.

Conclusiones:

Se observa según la muestra que la mayoría de ictus ocurren en varones en su séptima década de la vida. La etiología más frecuente fue isquémica. Los pacientes recogidos no eran fumadores pero sí presentaban 2 o más factores de riesgo (HTA y diabetes). Llama la atención que un tercio de nuestra muestra estaba antiagregado. El 81,2% de los eventos diagnosticados en Urgencias como ictus, fueron eventos reales.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

P-1304

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN URGENCIAS DE DOLOR ABDOMINAL INESPECÍFICO

V García Martínez, S Sánchez Soler, M Muñoz Ayuso,
E Molina Pérez de los Cobos, R Pérez Costa,
FJ Sierra Prefasi, P Povzum

Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia

Palabras Clave: dolor abdominal, inespecífico, reconsulta

Objetivos:

El dolor abdominal es un motivo frecuente de consulta en Urgencias. La mayoría de las veces se trata de un proceso banal y es catalogado de inespecífico pero en ocasiones puede representar el inicio de una patología mas grave.

Material o pacientes y método:

Se incluyeron los pacientes diagnosticados de dolor abdominal inespecífico dados de alta por un SUH durante 15 días consecutivos y se siguieron durante siete días evaluando reconsulta, necesidad de ingreso y diagnóstico. Se analizaron la edad, el sexo, patología crónica, cirugía previa, síntomas acompañantes, localización del dolor, temperatura, tensión arterial sistólica (TAS), niveles de leucocitos, glucemia, amilasa y creatinina y estudios de imagen solicitados. Se buscó relación de estas variables con la reconsulta o el ingreso. Se realizó estadística descriptiva y tablas de contingencia con el estadístico chi cuadrado para la asociación entre variables.

Resultados:

Se incluyeron 99 pacientes diagnosticados de DAI (2,8% de los motivos de consulta). La edad media fue $40,26 \pm 19,20$, 36,4% eran hombres y 63,6% mujeres, 34,3% tenían alguna patología crónica y 33,3% cirugía previa. La localización mas frecuente fue hemiabdomen superior (46,9%), el síntoma acompañante mas frecuente fue vómitos (23,9%). Estudios radiológicos solicitados primera visita: radiografía de abdomen 14,1%, ecografía 10,1%, TAC abdominal 0%, en la segunda visita: radiografía abdomen 33,3%, ecografía 58,8% y TAC 16,7%. Volvieron a consultar el 18,2% (18 pacientes) y de estos ingresaron el 61,1% (11 pacientes). 9 pacientes volvieron a ser diagnosticados de DAI, 3 colecistitis aguda y 1 caso de aneurisma aórtico complicado, obstrucción intestinal, porfiria aguda, coledocolitiasis, dolor miofascial y enfermedad pélvica inflamatoria. Encontramos significación estadística entre la edad ($p 0,05$) y la patología crónica ($p 0,03$) con la reconsulta.

Conclusiones:

1. El dolor abdominal es un motivo de consulta frecuente en Urgencias.
2. La mayoría de los pacientes diagnosticados de DAI no vuelven y cuando lo hacen, la mitad vuelven a ser diagnosticados de DAI pero un 8% se diagnostican de patología potencialmente grave.
3. Los pacientes de mayor edad y con patología crónica reconsultan mas

O-1306

EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD DEL SISTEMA DE TRIAJE DE MANCHESTER PARA DETECTAR CEFALÉAS DE ALTO RIESGO EN URGENCIAS

C Domínguez Bernal, J Abelaira Freire, D García Azorín,
E Blanco Márquez, E Rodríguez Adrada, P Matías Soler,
C Clemente Callejo

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Palabras Clave: biomedical research, cephalalgia, emergencies

Objetivos:

La cefalea es un motivo de consulta muy frecuente, suponiendo el 2-7% de los pacientes que acuden al servicio de urgencias. Una anamnesis y exploración física detalladas son esenciales para detectar signos de alarma que nos permitan diferenciar una cefalea que puede comprometer la vida del paciente, de aquellas que son benignas.

Material o pacientes y método:

Se evaluaron 1120 pacientes que acudieron a urgencias durante un periodo de 6 meses (enero 2011-junio de 2011) y que fueron clasificados como cefalea a su llegada mediante el STM. Se incluyeron finalmente 248 pacientes siendo los criterios de inclusión la interconsulta a neurología o la petición de prueba de neuroimagen (TC), prestando atención a los signos de alarma que motivaron dichas solicitudes.

Resultados:

El STM catalogó a un 0,76% de los pacientes con cefalea como críticos, 9,96% como emergencia (<10 minutos), 59% como urgencia (<60 minutos) y el resto como estándar o no urgente (30,26%), presentando mala capacidad a la hora de priorizar la atención en patologías graves como infecciones del SNC, donde sobre un total de 13 pacientes el 15% fue clasificado como crítico o emergencia, el 46% como urgencia y 38% como estándar o no urgente. En lo referente a cefaleas primarias, un 2% fueron clasificadas como emergentes, un 62% como urgente y un 36% como prioridad estándar, lo que confirma esta mala capacidad predictiva. En el diagnóstico final se incluyeron 104 cefaleas secundarias, 78 cefaleas primarias y un gran número de pacientes ?no clasificables?. Los juicios clínicos más frecuentes fueron: cefalea post traumatismo craneoencefálico (11,69%), cefalea tensional (12,10%), migraña (9,70%), patología cerebrovascular (6,45%).

Conclusiones:

El STM tal y como está planteado no puede detectar de forma adecuada a los pacientes con cefalea que necesitan atención urgente o prioritaria. Consideramos necesaria la creación de un sistema de detección precoz o 'código cefalea' para mejorar la calidad de la atención prestada.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

P-1307

ERRORES DIAGNÓSTICOS FRECUENTES EN LA EVALUACIÓN DE LA CEFALEA TENSIONAL

L Mateos Sánchez, D García Azorín, J Abelaira Freire, C Clemente Callejo, P Mariel Soler, L Mariel Matus, E Rodríguez Adrada

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Palabras Clave: cephalalgia, primary headache disorders, bilateral headache

Objetivos:

La cefalea tensional es la más habitual en la población y muy prevalente en los servicios de urgencias. La variabilidad de sus síntomas y la posibilidad de pasar por alto una cefalea secundaria nos obliga a identificar errores comunes en su diagnóstico.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo de una serie de casos mediante la revisión de los informes de alta de urgencias de pacientes cuyo diagnóstico principal fue cefalea tensional durante un periodo de 36 meses.

Resultados:

Se incluyeron 211 pacientes. Después de la revisión y recodificación diagnóstica un 43% de los enfermos tenían datos insuficientes para realizar un diagnóstico adecuado y solo un 10% de las historias clínicas cumplían criterios de cefalea tensional con certeza, un 19% de los casos eran compatibles con migraña, un 10% tenían sintomatología infecciosa no neurológica y un 8% presentaban elevación aguda de la tensión arterial (crisis hipertensiva). Las historias clínicas en las que se hizo referencia a los criterios diagnósticos de cefalea tensional sólo un 16,3% cumplía el número de episodios, un 73,8% presentaba una correlación temporal acorde, un 43% de los pacientes describía de forma adecuada la cualidad del dolor y un 60,6% tenía sintomatología asociada concordante, pudiendo existir otra explicación distinta a la cefalea tensional hasta en el 61,5% de los casos. Un gran número de pacientes presentaron datos positivos que hacen el diagnóstico incompatible: síntomas sugestivos de otra cefalea (62%), síntomas neurológicos (41%), datos de alarma (26%), síntomas sistémicos (27%), evento desencadenante o causal (14%) o discordancias con los antecedentes personales (22,6%).

Conclusiones:

La cefalea tensional está en algunos casos mal diagnosticada. La realización de una anamnesis detallada prestando especial atención a la aparición de datos de alarma nos ayuda a orientar de forma adecuada al diagnóstico final.

P-1308

EL PODER DEL MOSQUITO

B Sánchez García, M Quesada Martínez, L Blázquez, Y Reverte, C Bernal

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

Palabras Clave: dolor, cefalea, inflamación

Objetivos:

Varón de 40 años, natural de África, consulta en urgencias de nuestro hospital por pérdida de visión en el ojo izquierdo.

Material o pacientes y método:

El paciente que nos ocupa, como antecedentes no tenía ninguna reacción adversa a medicamentos, así como hábitos tóxicos, antecedentes médicos o quirúrgicos de interés ni tomaba tratamiento crónico, según refería. Se le preguntó por enfermedades de transmisión sexual que no tenía, pero sí refería prácticas heterosexuales de riesgo. El paciente acudía por un cuadro de una semana de evolución, tras sufrir el impacto de un mosquito, de dolor, inflamación, lacrimo y pérdida de visión en ojo izquierdo. Además cefalea frontal que irradiaba a zona occipital. No tenía otra clínica. Se había estado administrando un colirio sin mejoría. En la exploración por aparatos incluido neurológico no se objetivaron alteraciones. Tras ello, se solicitaron pruebas complementarias: analítica con bioquímica y hemograma normales. Tac craneal sin alteraciones. Se hizo interconsulta a Oftalmología, tras valorar al paciente encontraron focos de necrosis retiniana inferior, temporal, nasal y periféricos extensos sin edema papilar realizando punción del humor acuoso. Se solicitaron además serologías.

Resultados:

Se diagnosticó al paciente de desprendimiento de retina de ojo izquierdo teniendo que ingresar en Oftalmología para intervención. Además se le administró tratamiento analgésico así como antivirales intravenosos dado que los resultados de las serologías fueron concluyentes para VIH en probable estado estadio C3.

Conclusiones:

La visión borrosa es un motivo de consulta muy frecuente en urgencias, en la mayoría de los casos si no va acompañada de otros síntomas se valora directamente por Oftalmología, pero este no era el caso. Actuamos como siempre con una exploración, y luego con determinadas pruebas complementarias, pero lo más prioritario era la valoración por Oftalmología. Por otro lado al interrogar a los pacientes obtenemos una información muy valiosa, como es el caso (las prácticas de riesgo llevaron a solicitar serologías con positividad a VIH).



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

P-1309

HEMORRAGIAS POR NUEVOS ANTICOAGULANTES EN URGENCIAS

JF Peris Giner, JC Medina Álvarez, J Fernández Campillo, E Cardona García

Hospital de Torrevieja. Alicante

Palabras Clave: anticoagulantes, hemorragias, coagulación sanguínea

Objetivos:

La introducción de los nuevos anticoagulantes orales en la prevención de la FA no valvular y en la TVP abre nuevos temas de debate entre los médicos de urgencias. Su nivel de seguridad es uno de ellos.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo de las historias clínicas de 467 pacientes atendidos en el año 2015 en el hospital de Torrevieja con eventos hemorrágicos.

Resultados:

Durante el año 2015 fueron atendidas en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Torrevieja 65439 urgencias generales, de las cuales 467 (1%) consultaron por un episodio hemorrágico. El 71 (15,2 %) recibían tratamientos anticoagulantes y 91 (19,48%) fármacos antiagregantes. 199 correspondían a episodios de HDA, 19 anticoagulados con antivitaminicos K, 4 con rivaroxaban y 3 con apixaban, 4 con HBPM y 40 recibían antiagregantes. Consultaron por hemorragia digestiva baja 132 pacientes, de ellos 11 anticoagulados con antivitaminicos K, 1 con apixaban y 1 con HBPM y 27 recibían antiagregantes. 95 pacientes por ACV hemorrágico, 12 anticoagulados con antivitaminicos K, 1 con dabigatran, 2 con rivaroxaban, 2 con apixaban, 2 con HBPM y 20 recibían antiagregación. Otras hemorragias 41 pacientes, 7 estaban anticoagulados con antivitaminicos K y 2 con rivaroxaban, 4 recibían antiagregantes. Los episodios hemorrágicos más frecuentes fueron las HDA un 43%, seguidas de las HDB un 28% en tercer lugar los ACV hemorrágicos un 20% y en último lugar un grupo en el que incluimos las hemorragias de vías respiratorias, gingivorragias, postquirúrgicas, etc. y que solo fueron un 9%.

Conclusiones:

En 2015 el porcentaje de pacientes que tomaban NACOs en España era aproximadamente del 9%. La complicación hemorrágica más frecuente en nuestro hospital en paciente anticoagulados con NACOs al igual que en las series consultadas es la hemorragia digestiva. Sin embargo el número de pacientes con ACV hemorrágico que tomaban NACOs en relación a los anticoagulados con antivitaminicos K es comparativamente mayor en el hospital de Torrevieja que en las series consultadas.

O-1310

ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS ANCIANOS ATENDIDOS POR CAÍDA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS EN FUNCIÓN DEL RIESGO DE CAERSE

B González Ramón (1), S Guzmán (2), V Torres Machado (3), S Aguiló Mir (4), R Cenjor (5), M Lázaro del Nogal (6), F Martín Sánchez (7)

(1) Hospital Clínico San Carlos. Madrid, (2) Hospital Universitario General de Alicante, (3) Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona, (4) Hospital Clínic. Barcelona, (5) Hospital Central de Asturias, Oviedo, (6) Hospital Clínico San Carlos. Madrid, (7) Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Palabras Clave: riesgo, anciano, urgencias

Objetivos:

Los ancianos con una historia previa de caída tienen mayor riesgo de caerse nuevamente. Con el fin de conocer la potencial prevención de las caídas que requieren valoración hospitalaria urgente, es preciso conocer previamente el perfil del anciano atendido por una caída en los servicios de urgencias hospitalarios en función de su riesgo previo a caerse.

Material o pacientes y método:

Subestudio del Registro Fall-ER. Estudio de una serie de casos con análisis transversal que incluyó a todo paciente ≥65 años atendido por una caída en 5 Servicios de Urgencias Hospitalarios durante 52 días prefijados en 12 meses. Se recogieron las variables demográficas, antecedentes personales y tratamiento crónico. La variable de clasificación fue haber sufrido una caída en los 12 meses previos a la atención en urgencias.

Resultados:

Se incluyeron 1.547 (HUGA: 385, HCSC: 425, HUCA: 106, HCB: 298, HUB: 333) ancianos con una edad media de 79,7 (DE 8) años y una mediana de edad de 81 (RIC 74-86) años, de los cuales 1.071 (69,2%) fueron de sexo femenino. Entre los pacientes con caída previa, fue más frecuente de forma estadísticamente significativa la edad avanzada (G1:81±8 vs G2:79±9, p<0,001), el grado de comorbilidad alto (G1:5 [RIC 2-7] vs G2:4 [RIC 2-6], p=0,043), la polifarmacia (G1:7 [RIC 5-10] vs G2:6 [RIC 3-8], p<0,001), la presencia de cardiopatía isquémica (G1:19,9% vs G:12,8%,p=0,001), enfermedad vascular periférica (G1:20,6% vs G:15,5%,p=0,023), enfermedad cerebrovascular (G1:27,0% vs G:17,4%,p<0,001), parkinsonismo (G1:10,7% vs G:4,4%,p<0,001), enfermedad del tejido conectivo (G1:4,8% vs G:2,0%,p=0,004), artrosis (G1:52,8% vs G:45,5%,p=0,015), osteoporosis (G1:30,9% vs G:23,9%,p=0,009), toma de benzodiacepinas (G1:44,6% vs G:30,7%,p<0,001), antidepresivos (G1:36,6% vs G:24,0%,p<0,001), neurolépticos (G1:24,0% vs G:12,8%,p<0,001), antiarrítmicos (G1:20,9% vs G:15,7%,p=0,022), analgésicos no opiáceos (G1:47,7% vs G:37,4%,p=0,001), opiáceos (G1:18,4% vs G:10,8%,p<0,001) y antiagregantes (G1:35,4% vs G:28,4%,p=0,012) entre los dos grupos.

Conclusiones:

Existen numerosos factores potencialmente modificables en los ancianos con alto riesgo de caerse atendidos por una caída en urgencias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

O-1311

CONSECUENCIAS FÍSICAS Y FUNCIONALES DE LAS CAÍDAS EN LOS ANCIANOS ATENDIDOS POR UNA CAÍDA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

V Castro Jiménez (1), A Gil (2), V Torres Machado (3), S Aguiló (4), S Lago Esteve (5), M Lázaro del Nogal (6), J Martín Sánchez (6)

(1) Hospital Clínico San Carlos. Madrid, (2) Hospital Universitario General de Alicante, (3) Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona, (4) Hospital Clínic. Barcelona, (5) Hospital Central de Asturias, Oviedo, (6) Hospital Clínico San Carlos. Madrid,

Palabras Clave: caídas, ancianos, urgencia

Objetivos:

Las caídas son un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias hospitalarios. Existen escasos datos sobre las consecuencias físicas, funcionales y psicológicas de las caídas en los ancianos atendidos por una caída en los servicios de urgencias hospitalarios.

Material o pacientes y método:

Subestudio del Registro Fall-ER. Estudio de una serie de casos con análisis transversal que incluyó a todo paciente > 65 años atendido por una caída en 5 Servicios de Urgencias Hospitalarios durante 52 días prefijados en 12 meses. Se recogieron las variables demográficas, comorbilidad, número de fármacos, presencia de lesiones, deterioro funcional y miedo de volver a caerse.

Resultados:

Se incluyeron 1.547 (HUGA: 385, HCSC: 425, HUCA: 106, HCB: 298, HUB: 333) ancianos con una edad media de 79,7 (DE 8) años y una mediana de edad de 81 (RIC 74-86) años, de los cuales 1.071 (69,2%) fueron de sexo femenino. La mediana del grado de comorbilidad fue 4 [RIC 2-6] y del número de fármacos fue 3 [RIC 6-9]. Las consecuencias físicas de la caída acontecieron en 1402 (91,3%) pacientes: 795 (51,9%) herida, contusión o laceración, 589 (38,4%) fractura, 247 (16,1%) traumatismo craneoencefálico, 37 (2,5%) lesión intracraneal, 7 (0,5%) lesión de órganos torácico y 1 (0,1%) lesión de órgano abdominal. Funcionalmente, 192 (13,5%) presentaron deterioro en al menos una categoría. Finalmente, desde la perspectiva psicológica, 682 (47,4%) expresaron miedo de volver a caerse.

Conclusiones:

La presencia de una caída con necesidad de atención hospitalaria urgente en los ancianos se asocia a importantes consecuencias inmediatas físicas, funcionales y psicológicas.

P-1312

TRIAJE MANCHESTER Y SÍNCOPE: ¿DISCRIMINAMOS ADECUADAMENTE?

C Cantera López (1), A Bordell Sánchez (1), R Romero Pareja (2), Z Caurel Sastre (2)

(1) Hospital Universitario de Torrejón de Ardoz, (2) Hospital Universitario de Getafe. Madrid

Palabras Clave: syncope, triage, emergency department

Objetivos:

El síncope afecta al 20% de la población adulta, cuya incidencia aumenta con la edad y anualmente es, según el estudio Framingham, del 4%. Representa un 3% de las consultas en Urgencias y 6% de las causas de hospitalización.

Material o pacientes y método:

Se realiza un estudio retrospectivo, de revisión sistematizada de historias clínicas, obteniendo datos de 310 pacientes, clasificados dentro del discriminador de adulto con síncope/lipotimia del sistema de Triage Manchester. Considerando síncope a todas las pérdidas bruscas y transitorias de consciencia y tono postural, con recuperación espontánea y completa, con o sin pródromos, que no deja secuelas. Las variables cuantitativas se muestran en forma de media +/- desviación estándar o mediana con su rango intercuartílico (RIQ), las variables cualitativas se muestran en proporciones. Las variables cualitativas se han analizado mediante t de student y las variables cuantitativas mediante pruebas paramétricas (X2 de Pearson).

Resultados:

De las 310 historias revisadas, 44,3% pertenecían a mujeres y 52,7% a hombres, con una edad media de 55,2 ± 20,2. El 78,4% fueron síncope neurocardiogénicos, 9,3% cardíacos, 3,1% ortostáticos y 3,1% neurológicos. De los pacientes ingresados, cuya edad media fue de 67,9 ± 17,5 (p= 0,001) un 43,2% fueron mujeres y un 56,8%. De estos, 43,2% presentaban antecedentes cardiológicos, 13,6% arritmias previas, 36,4% no presentaron pródromos y 27,9% síncope en esfuerzo/supino. La distribución de la clasificación Manchester de los casos en los pacientes ingresados se dispuso de la siguiente manera, verdes 2,3%, amarillos 86,4%, naranjas 9,1% y rojos 2,3%. Los ingresos que presentan una puntuación de 2 y 3 en la escala de OESIL, representan el 38,6% y el 13,6% (p= 0,001 y p=0,02).

Conclusiones:

El triaje no se relaciona de forma estadísticamente significativa con los ingresos, pero sí que lo hacen los parámetros de la escala de riesgo OESIL. La identificación temprana de los síncope de alto riesgo puede ser de ayuda en su manejo.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

O-1313

CEFALEAS CON NOCTURNIDAD

**E Rodríguez Adrada, J Abelaira Freire, D García Azorín,
L Mariel Matus, P Matías Soler, C Clemente Callejo,
L Mateos Sánchez**

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Palabras Clave: cephalalgia, headache disorders, emergencies

Objetivos:

Somos conscientes en nuestro ámbito de trabajo que un número elevado de enfermos con cefalea acuden a Urgencias por la noche. Debido a las escasas referencias de las que disponemos desconocemos si estos pacientes tienen rasgos diferenciales en su patología (algunos tipos de cefalea se describen como de predominio nocturno) o si hay otros motivos por los que consultan en este periodo. Además, necesitamos saber si el tratamiento de estos casos es igualmente adecuado.

Material o pacientes y método:

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron dos cohortes de pacientes (enero 2012-febrero 2014) que acudieron a Urgencias entre las 22:00 y 8:00 horas, y otro en horario diurno.

Resultados:

Se incluyeron 149 pacientes en el grupo de horario nocturno (G1) y 72 en el diurno (G2), encontrándose diferencias entre ambos grupos. Edad media de los pacientes G1: 40,4 vs G2: 46,3 años ($p=0,05$), tiempo medio de llegada-valoración G1: 47,9 vs G2: 107,9 minutos, presentan antecedentes personales de cefalea G1: 45,6% vs G2: 31,9% ($p=0,05$), número medio de datos de alarma detectados G1: 2,07 vs G2: 2,56 ($p=0,02$), petición de prueba de neuroimagen G1: 14,10% vs G2: 25% ($p=0,04$), interconsulta realizada a neurología G1: 11,4% vs G2: 18,1% ($p=0,17$), se realiza prescripción farmacológica al alta G1: 91,90% vs G2: 85,8 % ($p=0,05$), porcentaje de refrecuentación a urgencias G1: 22,8% vs G2: 19,4% ($p=0,05$). Los diagnósticos realizados durante la noche fueron: inespecífico 52,3%, cefalea tensional 21,5% y migraña 15,4%. Tan sólo un 8,7 % fueron cefaleas secundarias.

Conclusiones:

La frecuencia con la que se interconsulta a neurología o se solicitan pruebas complementarias es menor por la noche, influyendo en el manejo y la frecuentación a pesar de que la mayoría sean cefaleas primarias.

P-1314

VALORACIÓN DE LA ACTIVACIÓN DE CÓDIGO ICTUS Y LA FIBRINÓLISIS EN URGENCIAS

**M Morales Navarrete, J González Bravo, R Zapata Bautista,
MJ Marchena González, P Oliva Fernández, R Cotofana,
C Gallardo Chaparro**

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva

Palabras Clave: fibrinolytic therapy, acute stroke, ictus code

Objetivos:

El ictus tiene una alta prevalencia en nuestro medio, siendo uno de los principales problemas sanitarios por su mortalidad y discapacidad. Se ha comprobado que la atención precoz, así como la fibrinólisis mejora el pronóstico de estos pacientes, aunque pocos pacientes se llegan a beneficiar de esta terapia. El código ictus se activa en pacientes con clínica de déficit neurológico con menos de 4.5 horas de evolución en paciente menor de 85 años, sin enfermedad terminal, Rankin menos de 2 y sin tratamiento anticoagulante previo.

Material o pacientes y método:

Se registra de forma aleatoria y retrospectiva en Urgencias durante un año 66 pacientes con sospecha diagnóstica de ictus, y se analiza la activación de CÓDIGO ICTUS y las fibrinólisis realizadas.

Resultados:

Se han registrado 66 pacientes con una mediana de edad de 70 años, de los cuales el 71,2% son varones. Se activó el código ictus en el 16,7% de los casos registrados, realizándose fibrinólisis sólo en el 3% de todos los casos y en el 18,2% de los códigos ictus activados. El 36,4% de los códigos ictus activados fueron hemorrágicos, por lo que no se realiza fibrinólisis.

Conclusiones:

En nuestra muestra observamos: 1. Sólo en el 16,7% de todos los pacientes con clínica de ictus se activó el CÓDIGO ICTUS 2. sólo el 3% de los pacientes con sospecha de ictus son fibrinolizados, algo alejado de la media que ronda el 5%. A partir de estos datos inferimos que en nuestras urgencias debe mejorarse tanto la rapidez de atención y activación del código ictus, y por tanto el tratamiento fibrinolítico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

O-1315

FALLO DIAGNÓSTICO EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA: INCIDENCIA, CAUSAS E IMPACTO SOBRE LA MORTALIDAD

MJ Labrador Hernández (1), RD Rojas Valdiva (2), A Jiménez Alfonso (2), J Sánchez Arguiano (2), H Alonso Valle (3), A Alsasua Zurbano (3), MA Hernández Hernández (3)

(1) Centro de Salud Alisal, (2) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, (3) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria

Palabras Clave: hemorragia subaracnoidea, diagnóstico, cefalea

Objetivos:

La hemorragia subaracnoidea aneurismática (HSAa) es una patología grave que requiere una atención urgente. Sin embargo, el 12%-51% de los pacientes no son correctamente identificados inicialmente.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo de pacientes con HSAa ingresados en Cantabria durante 18 meses. Se establecieron 2 grupos: fallo diagnóstico (FD) si la HSAa no se identificó en la primera asistencia médica y sin fallo diagnóstico (sin-FD) cuando se identificó correctamente. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas, diagnóstico erróneo y evolución. Las variables cualitativas se expresaron como número y/o porcentaje y las cuantitativas como media $\pm$ DE o mediana [rango intercuartil].

Resultados:

Se analizaron 45 pacientes. La media de edad fue 59 $\pm$ 12 años, 73,3% mujeres. Los antecedentes más frecuentes fueron tabaquismo (42,2%) e hipertensión (31,1%) y el 15,6% habían presentado HSAa previamente. Los síntomas predominantes fueron: cefalea (71,1%), náuseas/vómitos (46,7%), cervicalgia (17,8%), signos focales (15,6%) y síncope (15,6%). 11 (24,4%) pacientes fueron erróneamente diagnosticados (FD) y 5 (11,1%) hasta en 2 ocasiones. Los diagnósticos fueron: cefalea tensional (5), migraña (3), contractura cervical (3), lumbalgia (2), ansiedad (1), infección urinaria (1) y síndrome coronario agudo (1). Cuando se comparó el grupo de FD vs sin-FD, los pacientes con FD tuvieron: mayor retraso hasta el ingreso hospitalario (144,5 [35-240] vs 1,8 [1-3,3] horas, $p=0,002$), menor gravedad (grados III) según la escala de Hunt-Hess (63,6% vs 29,4%, $p=0,04$), una mejor escala de coma de Glasgow (15 [8-15] vs 7 [3-14], $p<0,001$) y menor volumen de sangre (Fisher χ^2) en la TC (45,5% vs 11,8%, $p=0,01$). Hubo una tendencia no significativa a presentar más vasoespasmos (54,5% vs 29,4%, $p=0,1$) y hacia una menor mortalidad (9,1% vs 38,2%, $p=0,07$). Ningún paciente con FD presentó resangrado.

Conclusiones:

Uno de cada 4 pacientes con HSA no son identificados correctamente en la primera valoración médica debido a una menor gravedad de los síntomas y sangrado de menor cuantía. Aunque no se encontraron diferencias en la mortalidad, el importante retraso diagnóstico somete al paciente a un mayor riesgo de complicaciones.

P-1316

AJUSTE DEL TRATAMIENTO AL ALTA COMO DETERMINANTE PRONÓSTICO EN PACIENTES DIABÉTICOS CON HIPOGLUCEMIA GRAVE

E Rodríguez Adrada, R Cuervo Pinto, C Domínguez Bernal, A Estrada Suela, D Chaparro Pardo, FJ Martín Sánchez

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Palabras Clave: hipoglucemia, diabetes, urgencias

Objetivos:

La hipoglucemia grave es aquella que precisa de la asistencia de terceras personas para su recuperación. Es una patología poco frecuente pero que implica un elevado gasto sanitario. En pacientes diabéticos suele asociarse al tratamiento antidiabético previo. Se conoce bien cual es el manejo del episodio agudo pero se desconoce cuál debe ser la actitud terapéutica al alta para mejorar el pronóstico.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional de cohorte retrospectivo que incluyó todos los pacientes diabéticos dados de alta desde urgencias entre enero/2012 y diciembre/2014 por un cuadro de hipoglucemia severa. Se excluyeron <18 años. La información se obtuvo de la historia clínica electrónica del servicio de urgencias. La variable resultado fue la aparición de evento adverso (mortalidad global o reconsulta por cualquier causa) en 30 días. Las variables independientes fueron edad, sexo, comorbilidad, tipo de diabetes, tratamiento previo, prioridad diagnóstica (principal o secundaria), ajuste de tratamiento al alta.

Resultados:

Se incluyeron 203 pacientes, edad media 69,7 años (DE 18,9), 56,2% varones, 77,2% con diabetes 2, y comorbilidad >3 en 117 pacientes (57%). El tratamiento previo de los pacientes fue insulina en 96 (47,3%), Insulina y ADOs en 69 (34%) y ADOs sin insulina en 35 (17,2%) siendo el tratamiento en el resto dieta antidiabética. Las causas más frecuentes de hipoglucemia fueron idiopática (38%), Déficit de ingesta (24%), Yatrogénica (13%), Incumplimiento terapéutico (2%) y otras (23%). La hipoglucemia fue un diagnóstico principal en 162 pacientes (80%). No se encontró relación de la edad, ni el sexo, comorbilidad, tipo de diabetes, etiología del episodio, o tratamiento previo con la aparición de evento adverso a 30 días. El evento adverso tuvo lugar en 29 pacientes (17,3%) con diagnóstico principal frente a 13 (31,7%) con diagnóstico secundario ($p=0,051$). El evento adverso ocurrió en 12 pacientes (12,2%) con ajuste del tratamiento antidiabético al alta frente a 30 (28,8%) en los que no fue ajustado ($p=0,004$).

Conclusiones:

No ajustar el tratamiento antidiabético al alta, principalmente en aquellos pacientes con diagnóstico secundario de hipoglucemia podría ser un factor independiente de sufrir un resultado adverso en los primeros 30 días tras el alta del SUH.





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

P-1317

RABDOMIOLISIS POR EJERCICIO

P Costa Alba, M Fuentes de Frutos, I Cuadrado Blanco

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Palabras Clave: rabdomiolisis, ejercicio físico, creatina quinasa

Objetivos:

La rabdomiolisis es un síndrome clínico producido por la destrucción del músculo estriado, como consecuencia de la actividad muscular excesiva, convulsiones, tóxicos, infecciones... Se manifiesta localmente como dolor, debilidad, calambres y contracturas, y síntomas generales, como fiebre, taquicardia, dolor abdominal, vómitos o alteración del nivel de conciencia, pudiéndose complicar con insuficiencia renal aguda, arritmias y coagulación vascular diseminada. Se diagnostica por los niveles séricos de creatin-kinasa (CK), cuyos valores deben estar elevados 4 ó 5 veces el valor de referencia del laboratorio. El tratamiento consiste en proteger la función renal y normalizar la bioquímica mediante un aporte adecuado de líquidos, siendo necesario el ingreso hospitalario. En el momento actual, el ejercicio físico forma parte de nuestras vidas, acudiendo al gimnasio para realizar spinning, crossfit, musculación, running? en casos, sin estar preparados y en otros, forzando hasta la extenuación. Esto ha provocado un aumento de casos de rabdomiolisis asociados a estas circunstancias que han requerido ingreso hospitalario.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional retrospectivo y descriptivo de pacientes ingresados por rabdomiolisis secundaria a ejercicio en el CAUSA (Complejo Asistencial Universitario de Salamanca) en el 2014 y 2015. Se recogieron datos referentes a la edad, sexo, antecedentes personales, tiempo transcurrido desde la realización del ejercicio hasta la asistencia en urgencias, tipo de ejercicio (spinning u otros), niveles de CK, creatinina, ingreso hospitalario en medicina interna o nefrología y si precisó diálisis.

Resultados:

Se incluyeron 14 pacientes: 8 varones y 6 mujeres, cuya edad media fue 25,57 años. 7 de ellos había realizado spinning y los restantes, otro tipo de ejercicio físico. Ninguno presentaba antecedentes importantes como HTA, DM, etc. El tiempo medio transcurrido desde el ejercicio hasta acudir a Urgencias fue de 56,57 horas. Los niveles medios de CK fueron de 93902, 14U/L y de creatinina de 0,91mg/dL. Ingresaron en Medicina Interna 9 y 3 en Nefrología, sin precisar diálisis, sólo fluidoterapia.

Conclusiones:

El ejercicio intenso es causa de rabdomiolisis en la actualidad, afectando tanto a hombres como a mujeres, produciendo la necesidad de ingreso y tratamiento hospitalario.

P-1319

TELEMEDICINA ENTRE MÉDICOS DE UN HOSPITAL TERCIARIO Y UNA RESIDENCIA PÚBLICA

R Capilla Pueyo, C Bermejo Boixareu, P Molina Ávila, H de la Torre Martí, C García Zubiri, B Gutiérrez Parrés

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid

Palabras Clave: coordinación, residencias, urgencias

Objetivos:

Diseño e implementación de un programa de coordinación basado en telemedicina como método de valoración y apoyo desde el hospital para personal sanitario de una residencia pública.

Material o pacientes y método:

Estudio prospectivo desde Agosto de 2015 hasta finales de Febrero de 2016. Variables recogidas: edad, sexo, Índice de comorbilidad de Charlson, situación funcional y mental según la escala de incapacidad de Cruz Roja, motivo principal de interconsulta, atenciones al servicio de urgencias y mortalidad durante dicho período.

Resultados:

Los servicios que han intervenido desde el hospital han sido: Servicio de Medicina Interna, Urgencias, Unidad de úlceras, Farmacia, Dermatología, Traumatología, Enfermería de Enlace, Reumatología.... Pendiente de finalizar el período de recogida de datos del estudio los resultados actuales son los siguientes: Su edad media es 86.59 años, 51.7% son mujeres, 45% tienen demencia, 60% son funcionalmente dependientes y el índice de comorbilidad de Charlson es de 3. Los motivos más frecuentes de interconsulta son por enfermedades médicas (41,4%), úlceras por presión (24,1%), interconsultas de medicación (17,24%), de dermatología (13,8%), valoración de deterioros cognitivos o de trastornos de conducta (13,8%), solicitud de recursos hospitalarios (10,3%) y dudas de traumatología (6,9%). Durante este período de tiempo se han derivado a urgencias 6.9% de los pacientes y han presentado una mortalidad de 13,8%. La conciliación de medicación se ha realizado en todos los pacientes valorados.

Conclusiones:

Este sistema de comunicación permite una valoración integral, continuada y multidisciplinar de pacientes institucionalizados pluripatológicos con enfermedades crónicas. La telemedicina evita traslados y de forma secundaria los eventos adversos mas frecuentes. La conciliación de la medicación mejora la seguridad de este grupo de mayores. Este programa permite a su vez la reducción de costes y mejora la calidad asistencial de los pacientes institucionalizados.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

P-1320

ESTUDIO SOBRE EL ABORDAJE EN URGENCIAS DEL PACIENTE ADULTO CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

Z Vázquez Álvarez (1), S Sánchez Menéndez (1), S Moreno García (1), P González-Quirós Fernández (2), Y García González (1), E Ferrero Fernández (2)

(1) Hospital del Oriente de Asturias, (2) Hospital Valle del Nalón. Asturias

Palabras Clave: factores de riesgo, anticoagulantes, escala de coma de Glasgow

Objetivos:

El traumatismo craneoencefálico (TCE) es un motivo habitual de consulta en urgencias, con una importante variabilidad en el manejo del mismo.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo transversal de aquellos pacientes mayores de 13 años que acudieron al servicio de urgencias hospitalarias entre enero y diciembre de 2015 siendo triados a través del programa MAN-CHESTER como TCE. Se excluyen a aquellos pacientes sin constancia de TCE al revisar la historia clínica, a pesar de haber sido triados como tal.

Resultados:

Se incluye un total de 236 pacientes (53,81% de sexo femenino), lo que representa un 1,36% del total de urgencias y una tasa de incidencia de 534 TCE por 100.000 habitantes. El 46,61% tenía más de 70 años. El mecanismo lesional más frecuente fueron las caídas (75,85%) seguido de los traumatismos directos (9,32%) y los accidentes de tráfico (8,05%). El 92,38% presentaba una puntuación de 15 en la escala de coma de Glasgow inicial. En cuanto a factores de riesgo, un 12,29% había consumido alcohol previo al TCE, y un 8,05% se encontraba a tratamiento con anticoagulantes orales (ACO). Al hacer el análisis multivariante, se observa que se les realiza porcentualmente más TAC craneales a los mayores de 70 años (49,09%, $p=0,014$). En pacientes con Glasgow inferior a 15, se hace TAC al 66,67%, frente al 38,53% de los que llegaron con Glasgow 15 ($p=0,02$). Se solicita TAC al 31,58% de los que no tienen factores de riesgo, al 37,93% de los que había consumido alcohol, al 73,68% de los pacientes anticoagulados y al 63,89% con otros factores de riesgo ($p<0,0001$). Se deja más en observación a aquellos que habían consumido alcohol (34,48%), a los pacientes anticoagulados (34,48%) y al 47,22% del resto que presentaban otros factores de riesgo ($p>0,0001$). Se traslada a hospital de referencia al 42,86% de pacientes con TAC patológico.

Conclusiones:

La tasa de incidencia es más del doble de lo objetivado en otras series. A más de una cuarta parte de los pacientes anticoagulados no se les realiza TAC craneal.

P-1321

¿CÓMO TRATAMOS A NUESTROS DIABÉTICOS ANTE UN EVENTO CARDIOVASCULAR?

J M B, A Torregrosa Sanchís, A León Medina, P Sánchez Amador, C Tormo Martí, J Millán Soria, J González Carbonell

Hospital Lluís Alcanyis. Xativa, Valencia

Palabras Clave: diabetes mellitus, evento cardiovascular, tratamiento

Objetivos:

La diabetes es cada vez mas un patología prevalente en nuestros servicios y además se asocia a eventos cardiovasculares con mas frecuencia. Ante dichos eventos no hay datos que demuestren si durante el episodio se toma en consideración o no la diabetes como factor condicionante en el tratamiento agudo del evento cardiaco.

Material o pacientes y método:

Análisis descriptivo de 65 pacientes registrados con el sistema informático Orion clinic. Valoración y análisis de datos mediante SPSS versión 20.0 Variables a estudio: edad, sexo, glucemia al ingreso, tto de diabetes (ADOs, insulinización o ambos).

Resultados:

De los 65 paciente atendidos en nuestro servicio durante el año 2014 la edad media fue de 72 años y el 52.3% eran varones. A su llegada el 53.84 % no llevaban tratamiento y 46.16 % si tenían tratamiento. Al alta el 27.7 % siguió sin tratamiento aun siendo diabeticos pero se ajusto tratamiento al alta el 72.3% de los que previamente tratados para su diabetes. Los cambios de tratamiento fueron a la llegada y alta respectivamente: Del 24.6% al 35.5 en ADOs, del 1.5 al 16.5% en insulinización y finalmente del 6.35% a 20% en ADOs + insulinización.

Conclusiones:

Un evento cardiovascular debe precisar ajuste si procede en el tratamiento del diabético. Se trata de pacientes con características definidas y potencialmente vitales, que precisan ajuste ante cualquier situación aguda que presente en el servicio de urgencias de cualquier hospital.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

P-1322

ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA COMO CAUSA DE IMPACTACIÓN ALIMENTARIA

J Grünwald Ortiz, MA Mejía Castillo, JM Álvarez Pérez,
O Zhygalova, S Juárez de Sosa, FJ Callado Moro,
I González de Prada

Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: esofagitis, eosinofílica, disfagia

Objetivos:

La esofagitis eosinofílica es una patología inflamatoria poco frecuente caracterizada por la infiltración eosinofílica de la mucosa esofágica. Descrita en niños y adultos con mayor prevalencia en los primeros y en varones. La etiopatogenia viene marcada por alteraciones estructurales y motoras debidas a una respuesta inmune eosinófila no mediada por IgE, siendo inefectivos por lo tanto los test de alergia.

Material o pacientes y método:

Presentamos el caso de una paciente mujer de 37 años sin antecedentes de interés ni alergias medicamentosas que acude a Urgencias por sensación de cuerpo extraño esofágico tras impactación alimentaria mientras comía carne. La paciente refiere episodios de disfagia progresiva a sólidos de 5 años de evolución que no fueron estudiados. Exploración física anodina. Analítica normal

Resultados:

Se realiza estudio endoscópico urgente apreciándose bolo alimenticio en esófago proximal que se extrae y estenosis esofágica de aspecto anillado en tercio medio y distal tomándose biopsias. En estudio anatomopatológico se objetiva esofagitis crónica con extensa exocitosis de eosinófilos (> 15 por campo) compatible con esofagitis eosinofílica. La manometría esofágica fue normal y en la pHmetría no se detectó RGE anómalo. El estudio de alergias no mostró alteraciones. Tras tratamiento con Fluticasona inhalada mejoría tanto clínica como endoscópica.

Conclusiones:

Debemos sospechar esta entidad ante cuadros de disfagia, episodios repetidos de impactación alimentaria o RGE, especialmente en gente joven donde ésta enfermedad está frecuentemente infradiagnosticada. El diagnóstico se basa en una combinación de hallazgos clínicos, endoscópicos e histológicos. No hay consenso con respecto al tratamiento idóneo, sin embargo, presenta una rápida remisión tras tratamiento con corticoides con mejoría clínica, endoscópica y anatomopatológica.

P-1323

USO DE LACOSAMIDA IV EN DOLOR NEUROPÁTICO EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

R Alonso Avilés, M Jimeno Asensio, C del Pozo Vega,
A Hambardzumyan, G Fernández Bayón

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Palabras Clave: pregabalina, gabapentina, lacosamida

Objetivos:

La lacosamida es un fármaco antiepiléptico con un mecanismo de acción novedoso al favorecer, de forma selectiva la inactivación de canales de sodio, existe además bibliografía sobre su eficacia para el control del dolor neuropático y teniendo presentación endovenosa se convierte en una herramienta terapéutica útil y única (dentro del grupo de fármacos usados para el dolor neuropático como la gabapentina o pregabalina) para este tipo de dolor.

Material o pacientes y método:

Se describe el uso de la lacosamida iv en 13 pacientes con dolor neuropático: 3 pacientes con clínica crónica de cialgia, 5 pacientes con cefalea tipo migrañoso (4) y numular (1), 2 pacientes con neuralgia (1 Trigémico, 1 postherpética), 2 pacientes oncológicos (con metástasis óseas y hepáticas), 1 paciente con artrosis invalidante. Todos ellos presentan fracaso terapéutico de tratamiento ambulatorio con analgesia de cualquier nivel asociado a fármacos de uso en dolor neuropático.

Resultados:

En todos los pacientes se administra una dosis de 400mg de lacosamida intravenosa, provocando una franca mejoría e incluso remisión completa de dolor en todos ellos, reflejando una excelente tolerabilidad y sin interacciones medicamentosas. Los efectos adversos que se describen (5 pacientes) son mareo, visión borrosa e HTA asociada a una mayor velocidad de perfusión que remiten o desaparecen al disminuir la perfusión o al poco tiempo de finalizar el medicamento.

Conclusiones:

El dolor y el mal control del mismo son una de las causas más frecuentes por las que acuden los pacientes a Urgencias. La lacosamida iv es una alternativa eficaz y bien tolerada en el tratamiento del dolor neuropático y dado su bajo perfil de interacciones medicamentosas, permite su uso concomitante con analgésicos de cualquier nivel.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

P-1324

MANEJO DEL CÓLICO NEFRÍTICO EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

MN Fernández Díaz, P Fernández Fernández, VC Alonso del Rivero Hernández

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Palabras Clave: cólico nefrítico, urgencias, epidemiología

Objetivos:

El cólico nefrítico (CN) es la complicación más frecuente de la litiasis renal, con una incidencia de 0,9-3 casos/1000 habitantes/año. En España es del 0,73%, que supone unos 325.000 nuevos casos/año. Se estima que hasta el 12% de hombres y el 6% de mujeres experimentará uno o más episodios de CN a lo largo de su vida y el 30-40% sufrirá una recaída en los próximos 5 años. Comporta una de las formas más angustiantes de dolor en el ser humano, siendo causa habitual de consulta en los Servicios de Urgencias Hospitalarios.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, retrospectivo, revisando historias Clínicas electrónicas, analizando las siguientes variables: sexo, edad, analgesia, prueba de imagen, recidiva, interconsulta con Urología e ingreso hospitalario.

Resultados:

De 8556 pacientes, 113 fueron diagnosticados de CN, el 1,32% del total de las urgencias. El 51,3% fueron mujeres, el rango de edad media osciló entre 31-50 años en el 49,5% de los casos y el 53,9% tenían antecedentes previos de CN. El 85,8% precisó analgesia, siendo el Dexketoprofeno (45,4%) el fármaco de elección más empleado. El tratamiento analgésico fue efectivo en el 48,6%, precisando más analgesia un 38% de los pacientes. El Tramadol (23,2%) asociado a Metoclopramida (21,9%) fue la opción terapéutica más empleada en esta ocasión. La prueba de imagen más utilizada fue la radiografía de abdomen (84,9%) seguida de la ecografía (23,8%), utilizadas conjuntamente en el 22,2% de los casos. Al 12,8% de los pacientes no se realizó ninguna prueba de imagen. El 16,8% presentó recidiva del episodio a las 24-48 horas. Al 26,5% se solicitó interconsulta con Urología y el 16% precisó ingreso, siendo el 4,4% en la Unidad de Observación de urgencias.

Conclusiones:

El CN es una urgencia urológica, requiere un abordaje terapéutico y diagnóstico rápido, debido al intenso dolor y al deterioro de la función renal a que conduce. Habitualmente el diagnóstico del CN es clínico, con dolor típico, hematuria y buena respuesta al tratamiento y las pruebas de imagen urgentes no cambian el manejo inicial.

P-1325

VALOR PREDICTIVO DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO EN PACIENTES CON SÍNCOPE DESDE UN SERVICIO DE URGENCIAS

E Quero Motto, M Lozano Espinosa, L Muñoz Gimeno, M Esteve Pastor, G Elvira Ruiz, R Rojas Luan, B Palazón Cabanes

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Palabras Clave: síncope, péptido natriurético tipo C, pronóstico

Objetivos:

El síncope es un problema prevalente en la población general, estimándose que puede llegar a suponer hasta un 5% de las visitas en un servicio de urgencias. Aunque la historia clínica representa el pilar básico en que se basa el diagnóstico, en un porcentaje importante de casos, esta no es concluyente y debemos apoyarnos en datos complementarios que fundamenten dicho diagnóstico.

Material o pacientes y método:

Estudio prospectivo y observacional de pacientes que acudieron por síncope a nuestro servicio de urgencias durante un plazo de 6 meses.

Resultados:

El número total de pacientes analizados durante dicho periodo fue de 50. La edad media fue de 62,68 años, con una distribución por sexos de 28 varones (56%) y 22 mujeres (44%). La impresión diagnóstica del médico en urgencias fue de: 33 casos como de origen neuromediado (66%), y 17 como cardiogénicos o de causa indeterminada (34%). Se decidió ingreso en 22 pacientes (44%), de ellos el diagnóstico final de origen cardiaco se confirmó en 11 (22% del total). Se realizó estudio ECG en puerta de urgencias a todos los pacientes. En los etiquetados como vagales, se encontró alguna alteración ECG en 15 pacientes (45%) y en el 100% de los que finalmente fueron diagnosticados de origen cardiogénico. En cuanto a estudios analíticos, se analizó el resultado del péptido natriurético (proBNP), objetivando que se encontraba elevado en 14 de los pacientes con síncope neuromediado (42,4%) y en 6 (54,5%) de los cardiogénicos confirmados. Otros estudios realizados, analíticos, o de imagen (sin incluir el ecocardiograma) no aportaron ningún dato adicional de valor diagnóstico u orientación etiológica de los pacientes.

Conclusiones:

El ECG es la prueba complementaria que mayor aportación hace a la historia clínica, en la orientación etiológica de pacientes que acuden a urgencias con un síncope. Ofreciendo al médico información pronóstica y terapéutica adicional.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

P-1327

APENDAGITIS EPIPLOICA

A Cabezas Amurgos, R López González, MA Jiménez Lozano,
A Alonso Arévalo, I Suárez Alonso, LM Maestro Gilmartín

Complejo Asistencial Universitario de León

Palabras Clave: apendagitis, apendicitis, trombosis

Objetivos:

La apendagitis epiploica o apendicitis epiploica aguda es una entidad autolimitada, caracterizada por la presencia de inflamación secundaria a torsión o trombosis en la vena de drenaje de los apéndices epiploicos, que puede conducir a necrosis de los mismos. Se estima que en un 2% de las exploraciones abdominales en Urgencias con sospecha de diverticulitis y/o apendicitis, el diagnóstico final es de apendagitis epiploica primaria.

Material o pacientes y método:

Presentamos el caso de un paciente varón de 48 años de edad que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de dos días de evolución de dolor continuo periumbilical y en fosa ilíaca derecha. Exploración física: Obeso. Abdomen doloroso en fosa ilíaca derecha con defensa generalizada. T° 36,5°C. Resto de constantes normales. Analítica: normal. Ecografía abdominal compatible con esteatosis hepática. TAC abdominal: grasa abdominal posterior a zona umbilical con zona de atenuación central sugestiva de trombosis de vena epiploica. Imagen compatible con necrosis grasa en evolución (Figura 1). El paciente, tras valoración por Cirugía descartando abdomen quirúrgico, ingresa en Medicina Interna para control evolutivo y tratamiento.

Resultados:

El paciente evoluciona favorablemente desapareciendo el dolor con AINES y mejorando la imagen radiológica en el escáner, por lo que es dado de alta, con diagnóstico de apendagitis epiploica.

Conclusiones:

La apendagitis epiploica se caracteriza clínicamente por la presencia de dolor abdominal intenso localizado en fosa ilíaca izquierda o derecha, donde los apéndices epiploicos son de mayor número y tamaño. Por lo tanto el diagnóstico diferencial deberá realizarse con diverticulitis y/o apendicitis principalmente. La técnica de imagen diagnóstica es la TAC, no necesitando realizar otras pruebas invasivas de inicio debido a la naturaleza benigna del cuadro en sus comienzos. El tratamiento es conservador mediante reposo y AINE (Ibuprofeno), no necesitando tratamiento quirúrgico ni antibióticos si no presenta complicaciones. Destacamos la importancia de la sospecha de este cuadro en pacientes que acuden por dolor abdominal agudo a Urgencias con el fin de realizar un diagnóstico diferencial precoz correcto con cuadros como apendicitis y/o diverticulitis fundamentalmente.

P-1328

OTRA HIPONATREMIA MÁS, ¿QUÉ HACEMOS?

R Rodríguez Herrero, M Solís López, M Rodríguez Rodríguez,
A Murcia Olagüenaga, A Marmesat Montes, M Casanueva Gutiérrez

Hospital de Cabueñes. Gijón

Palabras Clave: hyponatremia, evaluation, treatment

Objetivos:

La hiponatremia (natremia < 135 mmol/L), es el trastorno hidroelectrolítico más frecuente en la práctica clínica. Está presente en el 15-20% de los ingresos hospitalarios urgentes y hasta en el 20% de los pacientes críticos. Su sintomatología es muy variada, incluso potencialmente letal. Se asocia a mayor morbilidad y duración de la estancia hospitalaria. Sin embargo, su tratamiento sigue siendo problemático, tanto por su infradiagnóstico como por su mal manejo.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo observacional retrospectivo. Estudiamos las hiponatremias severas (Na<120 mEq/L) detectadas en pacientes que acudieron a nuestro Servicio de Urgencias entre 1 junio 2014-30 junio 2015.

Resultados:

Analizamos 66 pacientes, 58% mujeres. La edad media fue 79.15 años. Encontramos sintomatología leve: Cefalea, déficit de atención, alteración memoria/marcha, bradipsiquia en 18%, moderada: náuseas, vómitos, desorientación, somnolencia, confusión en 41%, grave: estupor, coma, convulsiones, distress respiratorio en 2%, entre otros motivos de consulta: disnea en 30%, mareo y síncope en 18%. Tenemos 4.5% hiponatremia hiperosmolar y 95.5% hipoosmolar, no hubo ningún caso de hiponatremia isosmolar. Solicitamos natriuria en 33,3%, osmolaridad urinaria en 24,2%, osmolaridad plasmática en 21,2%. En el 70 % no se instaura ninguna de las recomendaciones, en 28.5% fue incompleto y en 1.5% se hace adecuadamente. En 65.15% de los casos solicitamos control analítico (tiempo medio 14h 33 min) mejorando las cifras de sodio en 67,4% de ellos sin tratamiento en urgencias según recomendaciones. En un 54% de los casos se ven implicados diuréticos (36% no tiazídicos, 18% tiazídicos), 23% IECA/ARAI. Encontramos hipervolemia en 20% (ICC, cirrosis), patologías relacionadas con SIADH (enfermedad pulmonar, afectación del SN, neoplasias) en 27% y polidipsia primaria en 3%. Hallamos una mortalidad antes de 30 días del 18%.

Conclusiones:

No nos ajustamos al algoritmo diagnóstico solicitando las pruebas pertinentes, lo cual implica que el tratamiento tampoco se instaure como establecen las recomendaciones. Se hace necesario mejorar el manejo de las hiponatremias graves para evitar las terribles consecuencias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

P-1331

COMPARACIÓN DE ICTUS EN URGENCIAS CON OTRO HOSPITAL DEL MISMO NIVEL

M Morales Navarrete, J González Bravo, R Zapata Bautista, MJ Marchena González, P Oliva Fernández, R Cotozana, C Gallardo Chapardo

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva

Palabras Clave: ictus epidemiology, emergency, acute stroke

Objetivos:

El ictus es una enfermedad muy prevalente en nuestro medio y la causa más frecuente de discapacidad permanente en adultos. En España, la tasa de incidencia acumulada por 100.000 habitantes de la enfermedad vascular cerebral en mayores de 25 años asciende a 218 nuevos casos en varones y 127 en mujeres.

Material o pacientes y método:

Se registra de forma aleatoria en Urgencias durante un año 66 pacientes con sospecha de ictus. Son recogidas variables sociodemográficas, antecedentes, comorbilidad, y evolución de pacientes, analizándose y comparando los resultados con otro hospital del mismo nivel.

Resultados:

Se registran 66 pacientes con una media de edad de 67,71 años y mediana de 70 años, siendo 71,2% varones. El 37,9% de los pacientes presentaban 2 factores de riesgo cardiovasculares (Hipertensión +/- Diabetes o Dislipemia). La mayoría eran no fumadores activos (47%), el 57,6% no presentaban comorbilidades y el 18,2% sufrieron ictus previo. La etiología más frecuente fue la isquémica (54,5%), de los cuales aterotrombóticos (24,2%), pequeño vaso (16,7%) y cardioembólicos 13,6%. Sólo el 18,2% fueron hemorrágicos. El 30,2% de los casos estaban antiagregados, (22,7% con aspirina, 3% clopidogrel y 4,5% doblemente antiagregado). Se realizó fibrinolisis al 3%. El seguimiento posterior apuntó a que el 81,2% fueron eventos reales. El porcentaje de muerte intrahospitalaria fue del 6,1%. En la muestra, los pacientes presentan similares características, comparativamente con datos registrados en la literatura revisada. Se objetivan las siguientes diferencias: mayor porcentaje de afectación en hombres (71,2% vs 54,1%), similar edad media, algo menor en nuestro registro (media de 68 años respecto a media de 73 años), y mayor número de eventos hemorrágicos (18,2% vs 10,9%) y menor de ictus cardioembólicos (13,6% vs 26,5%). La mortalidad intrahospitalaria fue similar (6,1% vs 6,5%).

Conclusiones:

Los ictus atendidos en nuestro servicio de Urgencias comparados con otros registros, presentan: 1. Mayor porcentaje de afectación en hombres (71,2% vs 54,1%). 2. Mayor número de eventos hemorrágicos (18,2% vs 10,9%). 3. Porcentaje menor de ictus cardioembólicos (13,6% vs 26,5%). 4. Similar mortalidad intrahospitalaria.

P-1332

HIDRONEFROSIS BILATERAL DE CAUSA EXTRÍNSECA SECUNDARIA A FECALOMA OBSTRUCTIVO

J Grandío Gómez (1), A Conejero Deltell (2), N García Montes (1), L Díaz (1), R Alejandro (1)

(1) Hospital Universitario Ramón y Cajal, (2) Hospital de Arganda. Madrid

Palabras Clave: hydronephrosis, fecal impaction, sepsis

Objetivos:

Paciente institucionalizada de 77 años con AP de HTA, dislipemia y Deterioro Cognitivo tipo Alzheimer GDS 4-5. Semidependiente de las actividades básicas de la vida diaria, deambula con andador, vida cama-sillón. Acude a Urgencias por cuadro de distensión abdominal, náuseas sin vómitos, sin clara causa desde hace aproximadamente 3 días. Última deposición de escasa cuantía esta mañana. Afebril. No presenta cirugías abdominales previas ni antecedentes de patología de origen abdominal.

Material o pacientes y método:

Tendencia a hipotensión, pico febril a su llegada. A la exploración física no se palpan masas. Abdomen distendido, doloroso a la palpación difusa con signos generalizados de irritación peritoneal Ruidos hidroaéreos disminuidos. Tacto rectal con masa pétreo, semidura, sin signos de melena ni restos hemáticos.

Resultados:

Análítica con leucocitosis con neutrofilia, con bioquímica con función renal conservada con signos de colestasis. Importante aumento de recatante de fase aguda con PCR de 250 y Procalcitonina de 12, compatible con cuadro séptico de origen abdominal. En TAC Abdominal se objetiva imagen de fecaloma de 17,7x17x16 cm con importante compresión extrínseca de ambos uréteres con ureterohidronefrosis renal bilateral de grado III. Se descarta colonoscopia descompresiva, procediendo a extracción manual durante varios días con importante mejoría clínica y analítica de la paciente, quien fallece a las 17 días de ingreso.

Conclusiones:

El estreñimiento suele ser un problema banal o con pocas complicaciones, que por la general se resuelve con tratamiento médico y medidas de limpieza no invasivas. En menor medida son aquellos casos en los que se llega a cuadros secundarios tales como megacolon o síndrome de Ogilvie. Pero muy pocos son aquellos casos con afectación de otros órganos por vecindad produciendo un fallo multiorgánico. Hasta 2014, solamente 11 casos publicados en la bibliografía hace más llamativo ver los cuadros secundarios con fallo multiorgánico a los que puede llegar un cuadro tan prevalente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

P-1333

ANÁLISIS DEL MANEJO DEL PACIENTE CON HIPERGLUCEMIA SIMPLE EN URGENCIAS. ESTUDIO DESCRIPTIVO

I Marco Moreno, M Bóveda García, J Clar Bononad, P Martínez Ibáñez, JV Brasó Aznar, AM Costa Alcaraz, J Sanfélix Genovés

Hospital Clínico Universitario de Valencia

Palabras Clave: non ketotic hyperglycemia syndrome, emergency service, hospital, treatment

Objetivos:

La hiperglucemia es un hallazgo frecuente en pacientes atendidos en urgencias, bien como causa principal o como hallazgo acompañante. La hiperglucemia simple supone un factor de riesgo independiente con influencia en la morbilidad, pronóstico y estancia hospitalaria.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo. Los sujetos fueron pacientes diabéticos atendidos en urgencias con el diagnóstico, principal o secundario, de hiperglucemia durante tres meses consecutivos. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de diabetes, infección concomitante u otras causas, vía, cantidad y tipo de insulina administrada, cantidad y tipo de fluidos administrados, reingreso, destino al alta y tiempo en urgencias. Se analizaron los datos mediante estadística descriptiva.

Resultados:

De los 85 pacientes diabéticos obtenidos el 57,6% eran hombres y el 42,4% mujeres con una edad media de 66 años. Aproximadamente la mitad llevaba tratamiento con insulina y la otra mitad con hipoglucemiantes no insulínicos. Un 27% de los pacientes reingresó por el mismo motivo con una media de una visita. Entre los procesos concomitantes más frecuentes hallamos la infección en un 34% y el tratamiento con glucocorticoides en un 9%. Consideramos tratamiento correcto el pautado con insulina más fluidoterapia. El 51% fueron tratados con insulina más fluidos, 21% solo insulina, 9% sólo fluidos y un 19% no recibió tratamiento. Se realizó un subanálisis comparando los pacientes tratados con insulina rápida y los tratados con análogos de insulina observándose una disminución del mismo con el uso de análogos de insulina rápida frente a la insulina regular sin que este resultado fuera estadísticamente significativo.

Conclusiones:

El abordaje de la hiperglucemia simple, sin cetoacidosis ni coma hiperosmolar, difiere de las recomendaciones de las guías de urgencias. En nuestro estudio, las infecciones y el tratamiento con corticoides son las causas más frecuentes de descompensación hiperglucémica en la población diabética. Creemos que desarrollar más estudios con muestras amplias, así como elaborar protocolos procurando su aplicación mejoraría los resultados en salud de estos pacientes.

P-1334

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MANEJO DE LOS PACIENTES CON ANEMIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL GENERAL

P López Riquelme, E Álvarez Rodríguez, R Torres Garate, JA Medina Ortega, I Portero Sánchez, A Martín Martínez

Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid

Palabras Clave: anemia, emergency service, therapeutics

Objetivos:

La anemia produce importantes consecuencias en diversas enfermedades crónicas, y se trata de una patología prevalente en los Servicios de Urgencias hospitalarios (SUH). A pesar de ello, existe muy escasa evidencia científica sobre la presentación clínica y abordaje diagnóstico terapéutico de estos pacientes que permita identificar áreas concretas de mejora.

Material o pacientes y método:

Estudio longitudinal descriptivo observacional, serie de casos con análisis transversal, realizado del 1 Noviembre 2012 al 28 Febrero 2013. Se incluyeron pacientes >16 años que acudieron al área médica de pacientes no ambulatorios del SUH con criterios OMS de anemia: hombres Hb<13gr/dL y mujeres Hb<12gr/dL. Se recogieron las variables sociodemográficas, presentación clínica y manejo en el SUH, y se obtuvo el consentimiento informado de todos los pacientes.

Resultados:

Se incluyeron 376 pacientes con 10,53% prevalencia anemia en Urgencias. Edad media: 76,3+/-14 años. El 74% de casos presentaron anemia normocítica. Las comorbilidades médicas más frecuentemente relacionadas con la anemia fueron: HTA (68,6%), Diabetes (35,1%), enfermedad oncológica (29,5%), arritmia (24,8%), Insuficiencia cardíaca (22,1%), Insuficiencia renal crónica (19,9%) y los tratamientos: antiagregante (34,3%), tratamiento anticoagulante (25,8%) y 5,9% combinan ambos. Motivos de consulta: 28,2% síntomas anémicos inespecíficos. El diagnóstico de anemia se realiza al 23,5% de los pacientes siendo principalmente morfológico (39,1%). Se trata al 14,3% (11,6% transfusión hemáties). La gravedad de anemia definida como Hb<8gr/dL es el único factor que favorece el diagnóstico y el tratamiento (p<0,001).

Conclusiones:

La anemia es una patología de elevada prevalencia en los SUH, aparece en pacientes con elevada comorbilidad y en la mayor parte de los casos es de escasa gravedad y de tipo normocítico. Los motivos de consulta al SUH están habitualmente influenciados por la presencia de la misma. Sin embargo en el SUH se realiza casi exclusivamente diagnóstico y tratamiento (en la mayor parte de los casos mediante transfusión de hemoderivados) a los pacientes con anemia grave.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

P-1335

CIÁTICAS, EL PAPEL DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS EN UN PROCESO MULTIDISCIPLINAR

R Royo Hernández, J Gómez Bitrián, A García Noaín, S Duerto Cebollada, J Navarro Calzada, J del Río Aisa

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Palabras Clave: ciática, diagnóstico, multidisciplinar

Objetivos:

La ciática es un proceso multidisciplinar, fundamentalmente ambulatorio, de atención en primer y segundo escalón de asistencia y que actualmente presenta un importante retraso en la realización de pruebas de imagen diagnósticas y de evaluación por el segundo nivel asistencial. Los Servicio de Urgencias, una vez más, son utilizados en esta patología para resolver carencias organizativas, de planificación y ausencias de Guías de Actuación.

Material o pacientes y método:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, de todos los pacientes mayores de 14 años, atendidos en el Servicio de Urgencias, con diagnóstico en la historia clínica informatizada PCH (Puesto Clínico Hospitalario) de ciática, en el periodo del 1 enero 2015 hasta el 31 de diciembre 2015. Los datos fueron recogidos y tratados mediante el programa SPSS v 15.

Resultados:

Se atendieron 857 pacientes con diagnóstico de ciática. Edad media 51 años, 456 mujeres (53,2%) y 401 hombres (46,7%). Prioridad de triaje (Sistema Español de Triage) del 57% en el nivel IV y del 33% en el nivel V. Destino: alta 774 pacientes (90,3%), y 81 ingresados (9,4%). Éstos ingresaron: 42 (51,8%) en Neurología, 26 (32%), en Neurocirugía, 11 (13,5%) en Reumatología y 2 (2,4%) en otros servicios. Se realizaron 131 interconsultas a especialistas (15,2%): 63 (48%) a Neurología, 38 (29%) a Neurocirugía y 22 (16,7%) a Reumatología. En 84 de éstas 131 interconsultas realizadas (64%) los pacientes acabaron ingresados en los respectivos servicios consultados. No se realizó ninguna intervención quirúrgica de urgencias.

Conclusiones:

1. Se demuestra que la ciática en una patología fundamentalmente de atención ambulatoria, con niveles bajos de triaje (IV y V) en un 90% y un porcentaje bajo de ingresos, menor del 10%. 2. Destaca el número reducido de interconsultas a especialistas (15,2%), pero con un alto porcentaje de ingresos en sus servicios correspondientes (64%).

P-1337

OPTIMIZAR LA TRANSFERENCIA HOSPITALARIA ANTE UN CÓDIGO ICTUS. TÉCNICA ISOBAR

MM López Aguilar (1), J Borja Padilla (2), M Aranda Torregrosa (3), F Aranda Aguilar (1), I Molina Delgado (1)

(1) 061. Servicio Provincial de Córdoba, (2) 061. Servicio Provincial de Huelva, (3) SC Assistant Sanctuary Care, Oxford

Palabras Clave: accidente cerebrovascular, enfermero, transferencia

Objetivos:

Toda comunicación reciente sobre el ictus agudo resalta: 'EL TIEMPO ES CEREBRO'. Desde el inicio del abordaje del paciente ICTUS en su domicilio hasta que se confirma su origen y ofrece el tratamiento definitivo es primordial el tiempo. Una adecuada transferencia contribuye a una mayor seguridad clínica del paciente. El método ISOBAR es el que mejor se adapta a esta situación de emergencia médica y garantiza agilizar el proceso.

Material o pacientes y método:

Búsqueda y consulta de bibliografía actualizada. Estudio de las historias con activación del código Ictus atendidos durante el año 2015 por 061_Andalucía.

Resultados:

El método ISOBAR resalta los principales datos a transferir al enfermero de urgencias del hospital ante un código ICTUS. I: Identificación del paciente y personal interviniente en la transferencia, resultando aconsejable, por las posibles alteraciones del lenguaje del paciente, la presencia de un familiar. S: Situación. Motivo de la asistencia, cambios durante el traslado y posibles complicaciones. Es necesario comunicar: calidad de vida previa del paciente (escala modificada de Rankin), sintomatología presente a nuestra llegada (escala de Cincinnati) y posible inclusión en fibrinólisis (escala NIHSS). O: Aportar pruebas realizadas, exploración, constantes vitales relacionados con la neuroprotección (saturación de oxígeno, presión arterial, glucemia y temperatura corporal) y electrocardiograma ante antecedentes cardíacos o detección de arritmias. B: Background. Aportar antecedentes clínicos de interés, alergias y riesgos del paciente. A: Acordar un plan según lo requerido por el paciente: proteger la vía aérea, acceso venoso periférico en brazo no parético, actuación sobre TA, glucemia, temperatura, necesidad de aporte suplementario de oxígeno, administración de citicolina y a qué hora. R: Read-Back. Confirmar la aceptación de la transferencia por el enfermero receptor y entrega del registro de enfermería.

Conclusiones:

La unificación de criterios en la transferencia hospitalaria del paciente ofrece seguridad y asegura que no exista pérdida de datos relevantes al tiempo que agiliza la transferencia. Esta herramienta constituye el soporte en la práctica diaria de nuestra atención al paciente Código Ictus.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

P-1339

CEFALEAS CON INDICACIÓN DE TC CRANEAL EN URGENCIAS DE HOSPITAL SIN GUARDIA DE NEUROLOGÍA

R Sanz Lorente, G Sotres Fernández, L Mao Martín,
P Chacón Caso, G Marabé Carretero, MS Ruiz Grinspan

Hospital del Henares. Madrid

Palabras Clave: cefalea, tomografía computarizada por rayos X, atención ambulatoria

Objetivos:

La indicación de TC craneal en urgencias se establece en pacientes con signos clínicos de alarma sugerentes de cefalea secundaria. Evaluamos actividad de nuestro servicio para optimizar protocolos de diagnóstico y tratamiento del paciente.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo 150 pacientes motivo consulta urgencias cefalea con realización de TC craneal en urgencias durante periodo año 2013. Bases de datos servicios de Urgencias y Radiodiagnóstico. Análisis descriptivo e inferencial (χ^2 , Fisher, U-Mann-Whitney) con paquete estadístico SPSS 22.

Resultados:

Analizamos 150 pacientes en urgencias con cefaleas (triaje Manchester): Urgencia 50%, Estándar 42,7%. Edad media 45,8 años (DE 18,22), mujeres 60% y estancia mediana urgencias 5,99 horas (RIQ 3,8-13,14). Mediana tiempo evolución cefalea 60 horas (RIQ 12-168). Principales factores asociados cefalea secundaria en anamnesis: HTA (22,7%), dislipemia (20,7%), fumador (26%), cefaleas primarias (16%), oncológicos (7,3%), tratamiento antiagregante (8,7%), y en exploración física: Focalidad neurológica (20,7%), despierta sueño (19,3%), inicio brusco (17,3%), TCE previo (14,7%). 128 pacientes (85,3%) presentan un factor riesgo, según guías clínicas, considerándose correcta indicación TC craneal. Exclusivamente 18 pacientes (12%) presentan hallazgos radiológicos origen cefalea secundaria, siendo diagnósticos principales: hematoma intracraneal o masa cerebral. Ingresan en hospitalización (incluyendo traslados hospital de apoyo) 20 pacientes (13,4%), pues otros diagnósticos como meningitis o estatus migrañoso sin alteraciones radiológicas. Alta clínica de urgencias 126 pacientes (84%) con diagnósticos principales cefaleas primarias: Migraña (22%), tensional (23,3%) e inespecífica (18%). Derivados al alta a consultas externas de Neurología 31 pacientes (20,7%) y Neurocirugía 2 pacientes (1,3%). Existe significación estadística ($p < 0,05$) en correcta indicación TC craneal: Edad > 50 años, HTA, dislipemia, TCE previo, inicio brusco, despierta sueño, focalidad neurológica, fiebre y no mejoría con analgesia, y en hallazgos patológicos radiológicos: Triage Manchester, enolismo y no mejoría con analgesia.

Conclusiones:

Realizamos correcta solicitud de TC craneal ante signos clínicos de alarma por cefaleas secundarias aunque hallazgos radiológicos patológicos se presenten en menor número de pacientes. Exclusivamente no mejoría con analgesia presenta asociación estadísticamente significativa en nuestro estudio para indicación TC craneal y alteraciones radiológicas patológicas.

P-1340

ANÁLISIS DE PACIENTES QUE CONSULTAN POR DIPLOPIA EN URGENCIAS DE NUESTRO HOSPITAL

C Pérez Ductor, JM Giner Morales, G Hernández Comes,
MJ Larré Muñoz, V Chumpitaz Capcha, V Carro Garcia,
C Gargallo Maicas

Hospital Dr. Peset. Valencia

Palabras Clave: diplopia, parálisis oculomotoras, neuropatía isquémica

Objetivos:

La diplopia es un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias. La mayoría de las veces se trata de una diplopia binocular, por afectación de los pares oculomotores o de los propios músculos, siendo las causas más frecuentes la diabetes, hipertensión y la patología vascular. Con menor frecuencia se produce la monocular, por patología local del globo ocular.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo con recogida de datos retrospectiva, de 79 pacientes que acudieron a urgencias del Hospital Dr. Peset entre agosto 2014 y julio 2015 por diplopia. Analizamos las siguientes variables: edad, sexo, características clínicas de la diplopia y presentación, par craneal afecto, factores de riesgo cardiovascular, etiología, valoración por oftalmología y porcentaje de ingresos (y de estos a cuantos se les realizó RM cerebral).

Resultados:

De los 79 pacientes 36 fueron mujeres y 43 varones, con una edad media de 60,61. En 40,5% la diplopia se presentó aislada y en cuanto a las características de la misma: en 48 fue no determinada, siguiendo la diplopia vertical en frecuencia. El par craneal afecto no fue objetivado en el 53,2% de pacientes. La etiología más frecuente fue la neuropatía isquémica (40,5%), siendo menos frecuentes las enfermedades de placa motora, enfermedades inflamatorias, patología oftálmica, procesos compresivos y la esclerosis múltiple, destacando un caso de aneurisma cerebral, uno de arteritis de la temporal, otro de hipertensión intracraneal benigna y otro de oftalmopatía tiroidea. El porcentaje de ingresados fue de 55,7%, siendo 25 pacientes ingresados > 3 días. A su vez a 27 se les hizo RM cerebral durante el ingreso y 68,4% fueron valorados por oftalmología (la mayoría en urgencias). En cuanto a FRCV 43% eran HTA, 27,8% diabéticos y 11,4% fumadores, siendo éstos más prevalentes en la patología isquémica.

Conclusiones:

Ante una diplopia es importante llegar al diagnóstico etiológico del cuadro dado que, además de resultar incómodo para el normal desenvolvimiento del paciente, se asocia a procesos neurológicos y compresivos graves. Por tanto, hay que detectarla a tiempo para establecer el tratamiento adecuado.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

P-1341

EFFECTIVIDAD DE LOXAPINA INHALADA EN UN EQUIPO DE SOPORTE VITAL AVANZADO EXTRAHOSPITALARIO

A Fernandez Natera, MA Manzano Felipe, V Carrasco Gutiérrez

Distrito Bahía de Cádiz. San Fernando, Cádiz

Palabras Clave: loxapina, urgencias extrahospitalaria, soporte vital avanzado

Objetivos:

La agitación psicomotriz es un proceso frecuente en las urgencias extrahospitalaria. Concretamente en nuestro ámbito supone aproximadamente mas del 2% del total de asistencias. El disponer de esta novedosa herramienta, loxapina inhalada (Adasuve), cómoda de administrar, unidosis y con indicador de administración, para controlar las crisis de agitación puede facilitar enormemente la labor de estos equipos.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo sobre el uso de loxapina inhalada en 7 pacientes con agitación desde 1 de diciembre de 2015 al 10 de Marzo de 2016, analizándose la necesidad o no de uso de convención mecánica, recurso utilizado para su derivación y efectos secundarios. Se paso las escalas de CGI/Gravedad, así como CGI Mejoría a los 10 y 20 minutos

Resultados:

Los pacientes atendidos con diagnostico CIE9 298.1 fueron 118 pacientes, lo que supuso el 2,02% del total de asistencias. Se administro al azar a 7 pacientes loxapina inhalada, y resulto que el 100% de los pacientes fueron trasladados al hospital por el propio equipo asistencial, ninguno presento efectos secundarios, ni precisaron contención mecánica. El tiempo medio de remisión de los síntomas fue de 10,7 minutos. El valor de la escala CGI/Gravedad fue próximo a 4. El 57% de los pacientes habían mejorado discretamente a los 10 minutos según la escala cgi/mejoría, y a los 20 minutos el 100% de los pacientes mejoraron bastante (28,57%) y mucho (71,43%).

Conclusiones:

Se trata de una herramienta útil para el control de la agitación, consiguiendo mejoría significativa objetivable, en poco tiempo, asociado a escasos efectos secundarios y evitando el uso de la contención mecánica, y por consiguiente sus consecuencias (lesiones dérmicas, osteoarticulares, TEP,...) y su impacto económico pues esta demostrado que prolonga los ingresos y pueden suponer una interrupción o retraso de la instauración del plan terapéutico. También se traduce en una reducción de los tiempos de ocupación de los equipos móviles de SVA en estas actuaciones. De todos modos, habría que plantear estudios con muestras mas elevadas y valorar como influye en las derivaciones hospitalarias, ingresos en las unidades de agudo,...

P-1345

HEMIPLEJÍA TRANSITORIA POR COCAÍNA

F Osorio Gallardo, E Cortés Virtus, F Abadía Cebrián,

A Massie Mebuy, L Berriozabal Díaz

Hospital Alto Deba. Amurrio, Álava

Palabras Clave: hemiplejía, cocaína, transitoria

Objetivos:

El consumo de cocaína produce vasoconstricción arterial por dos mecanismos, indirectamente, inhibiendo la recaptación de catecolaminas y serotonina, y directamente, actuando sobre el flujo de calcio y los canales de calcio. En la circulación cerebral, el efecto es constrictor o dilatador dependiendo de los receptores postsinápticos de cada territorio arterial, y de la dosis empleada. Hay predominio de lesiones en la circulación anterior que posterior, dosis altas asocia una mayor hipoperfusión siendo la región hemisférica izquierda la más afectada. Se han reportado una gran variedad de problemas neurológicos en relación al uso de cocaína, los que incluyen: isquemia cerebral, hemorragia cerebral y convulsiones. Reportes de casos anecdóticos incluyen además síndrome de arteria espinal anterior y neuropatía óptica isquémica. El mecanismo por el que ocurren los accidentes vasculares isquémicos no está totalmente aclarado y probablemente sea multifactorial. Las principales hipótesis son: vasoespasmo, HTA transitoria, embolia cardiogénica, vasculitis y efecto trombogénico directo. Se piensa que la causa más probable de la mayoría de los infartos es el vasoespasmo debido al potente efecto vasoconstrictor de la cocaína, lo que ha sido evidenciado en estudios con angio-resonancia, angiografía y trabajos que muestran hallazgos histopatológicos compatibles. Estas complicaciones pueden ocurrir tanto en consumidores habituales como ocasionales, y son independientes de la vía de administración.

Material o pacientes y método:

Varón de 28º. Con pesadez cefálica, mareo, y hemiplejia izquierda tras consumo de cocaína y canabibis, en 5 ocasiones con una duración máxima de 30 min, en un lapso de 4 días. Durante la hospitalización presenta disartria, desviación de la comisura bucal y disminución de la fuerza de ESD de 5 min de duración. EN: tras cada episodio rigurosamente normal.

Resultados:

ECG, EccoDopler transcraneal, Ecocardiograma, TAC, AngioTAC de TSA y polígono de Willis, y analítica normal. RMN: infarto agudo-subagudo en ganglios de la base izquierdos. Diagnóstico: infarto agudo de ganglios de la base izquierdos, en paciente consumidor de tóxicos, en probable relación a vasoespasmo por cocaína. Tratamiento: abstención de tóxicos. Plavix 75 mg.

Conclusiones:

Considerar la posibilidad de consumo de tóxicos ante hallazgos similares en pacientes jóvenes.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

P-1349

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS HEMORRAGIAS CEREBRALES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DURANTE 2014

J García Criado, A Muñoz Galindo, I Corbacho Cambero, V Sánchez Moro, R Herrero Antón

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Palabras Clave: hemorragia cerebral, anticoagulantes, servicios médicos de urgencia

Objetivos:

La hemorragia cerebral es una patología grave, con alta mortalidad e importantes secuelas. El Complejo Asistencial de Salamanca es centro de referencia en Neurocirugía para Ávila, Salamanca y Zamora, por lo que recibe un número elevado de pacientes con hemorragia cerebral. Los nuevos anticoagulantes (NACO) parecen mostrar mejor perfil de seguridad en lo que a riesgo hemorrágico se refiere.

Material o pacientes y método:

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes atendidos Urgencias por hemorragia cerebral durante 2014. Se recogieron datos epidemiológicos y otros relacionados con la patología objeto del estudio.

Resultados:

Durante 2014, se atendieron un total de 124559 urgencias de adultos registrándose 275 hemorragias cerebrales (0,22%). El 58% de los pacientes eran varones. La mayoría ingresaron en Neurocirugía (58%) y la estancia media fue de 13,15 días. Un 20% fueron éxitos. La incidencia de la hemorragia cerebral aumentaba con la edad, especialmente a partir de los 70 años. Aproximadamente un 45% de los pacientes no tenía registrado el GCS en la historia de Urgencias. Menos del 20% presentaban un Glasgow <9. Más de la cuarta parte de los pacientes presentaban cifras de TA elevadas. La mitad de las hemorragias cerebrales fueron de localización intraparenquimatosa. La etiología era desconocida en un 40% de los casos. La HTA y las alteraciones vasculares fueron las causas identificadas con mayor frecuencia. Menos del 50% de los pacientes recibía tratamiento anticoagulante/antiagregante. El fármaco más frecuentemente implicado fue acenocumarol y en menos del 2% un NACO.

Conclusiones:

La incidencia de la hemorragia cerebral en el área de referencia de Salamanca es similar a la de otras series. La mortalidad intrahospitalaria de la hemorragia cerebral continúa siendo muy elevada (20%). A pesar del reducido tamaño de la muestra, nuestra revisión sugiere que los NACO son más seguros que acenocumarol en lo que se refiere a riesgo de sangrado cerebral.

P-1350

LA HIPERGLUCEMIA COMO FACTOR DE MALA EVOLUCIÓN EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA DESCOMPENSADA

E Pulido Herrero (1), A Antón Ladislao (2), O Urbina Aguirrebengoa (3), I Rilo Miranda (4), I Lafuente Guerrero (4), S García Gutiérrez (5)

(1) Hospital de Galdakao-Usansolo, (2) Unidad de Investigación. Hospital Galdakao-Usansolo, (3) Servicio de Urgencias. Hospital Donostia, (4) Servicio de Cardiología. Hospital Donostia, (5) Unidad de Investigación. Hospital Galdakao-Usansolo

Palabras Clave: hiperglucemia, insuficiencia cardiaca, evolución clínica

Objetivos:

La insuficiencia cardiaca aguda descompensada (ICAD) así como la diabetes están en íntima relación e incluso con otras comorbilidades influyendo en su evolución y en su control terapéutico.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional prospectivo en el que se han incluido 1775 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 ICAD. Se recogieron variables de la historia clínica y del episodio de urgencias. 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:

La edad media de la muestra era 79,62 años, el 51,21%(909) eran mujeres y el 33,18% (589) eran diabéticos. El 14,37% (255) tuvieron una glucemia >200 mg/dl en el momento de la consulta, de estos 66,67%(170) eran diabéticos. Existieron diferencias estadísticamente significativas en la edad, diabetes, hiperlipemia, antecedente de cardiopatía isquémica, tratamiento basal, variables referentes a la exploración física, tratamiento en urgencias, decisión de ingreso y mala evolución. De la muestra con diabetes 13,04% (33) tuvieron mala evolución mientras que sin diabetes conocida el 8,30% (21), (P valor>0,05) No existiendo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de diabetes conocida y no conocida.

Conclusiones:

El tener hiperglucemia (>200 mg/dl) en un episodio de ICA parece que tiene relación con la decisión de ingreso, y la mala evolución a corto- medio plazo de la misma independientemente de que el paciente sea o no diabético. Por ello sería interesante intervenir más activamente sobre la hiperglucemia para evitar mayores complicaciones.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

P-1351

ANÁLISIS DE INDICADORES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN AL ICTUS CEREBRAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y URGENCIAS

AR Camuñas Salido, MJ Morales Acedo, P del Pino Valverde, M Rizo Hoyos, M Nogués Herrero, M Zaheri Beryanaki

Hospital de Antequera. Málaga

Palabras Clave: accidente cerebrovascular, urgencias médicas, garantía de la calidad de atención de salud

Objetivos:

El ictus es una enfermedad prevenible y cada vez más abordable durante el episodio agudo.

Material o pacientes y método:

Pacientes atendidos en un año con diagnóstico Ictus o ACV. Muestreo aleatorio sistemático. Primer trimestre: 24. Segundo trimestre: 34. Tercer trimestre: 28. Cuarto trimestre: 43. Los ítems analizados en la auditoría son: Identificación del paciente mediante nhsa/nhc, edad del paciente, sexo, tiempo de evolución de los síntomas, exploración neurológica o Glasgow, tiempo de realización del tac craneal, activación del código ictus. si se desactiva motivos por los cuales se hace, escala nihhs, fibrinólisis en aquellos pacientes con código ictus. si no se realiza motivo, destino al alta

Resultados:

PRIMER TRIMESTRE: 24 (En el 100% consta identificación, edad, sexo, tiempo de evolución de los síntomas, exploración neurológica, escala Nihss, activación del Código Ictus). Tiempo de realización del Tac se cumple en el 100% de los Códigos Ictus y en el 90.9% de los no Código Ictus. SEGUNDO TRIMESTRE: 34 (En el 100% consta identificación, edad, sexo, tiempo de evolución de los síntomas, escala Nihss, activación del Código Ictus). La exploración neurológica esta en el 93.75%. En cuanto al tiempo de realización del Tac se cumple en el 100% de los Códigos Ictus y en el 93.75% de los no Código Ictus. TERCER TRIMESTRE: 28 pacientes (En el 100% consta identificación, edad, sexo, exploración neurológica, escala Nihss, activación del Código Ictus). El tiempo de evolución de los síntomas consta en el 82.14%. En cuanto al tiempo de realización del Tac se cumple en el 100% de los Códigos Ictus y en el 90.% de los no Código Ictus. CUARTO TRIMESTRE: 43 pacientes (En el 100% consta identificación, edad, sexo, escala Nihss, activación del Código Ictus). La exploración neurológica está en el 95.35%. El tiempo de evolución de los síntomas esta en el 81.4%. En cuanto al tiempo de realización del Tac se cumple en el 100% de los Códigos Ictus y en el 80% de los no Código Ictus.

Conclusiones:

Calidad en la atención a nuestros pacientes con Ictus. Insistir en la adecuada cumplimentación de las historias clínicas. Es necesario realizar promoción de salud en la población de nuestra área, dando a conocer los síntomas y signos de alarma de un ictus y sobre los factores de riesgo cerebrovascular.

P-1352

AGITACIÓN PSICOMOTRIZ Y ENCEFALOPATÍA EN UN PACIENTE JOVEN

J Pelayo Lastra, L Piedra Antón, S Sánchez Ortiz, H Solino Díaz, B Ceballos Pérez, A Hernández Gorostegui, E Vázquez González

Hospital Sierrallana. Maliaño, Cantabria

Palabras Clave: brain diseases, psychomotor agitation, seizures

Objetivos:

Dentro de las causas de agitación psicomotriz en el adulto joven se encuentran los trastornos psicóticos, los traumatismos, las intoxicaciones, infecciones y dentro de estas las virales. Con una incidencia de 3,5-7,4 por 100,000 personas al año. Las producidas por herpes simplex tipo 1 son las más frecuentes, y dentro de las epidémicas los arbovirus. La encefalitis por VEB suele cursar con ataxia y encefalopatía difusa, cursa de forma autolimitada, con buen pronóstico en la mayoría de los casos, aunque hasta un 50% de los pacientes pueden presentar complicaciones neurológicas, pero solo un 0,5% complicaciones severas, la mayoría en niños, donde hasta en un 40% podemos encontrar secuelas persistentes.

Material o pacientes y método:

Paciente de 23 años, sano que comienza 3 días antes del ingreso con faringitis, afebril, en tratamiento con ibuprofeno. El mismo día del ingreso estando trabajando en el campo sufre un episodio sincopal con incontinencia de esfínteres y convulsiones tónico-clónicas. Al llegar a nuestro servicio el paciente presenta agitación psicomotriz sin focalidad neurológica.

Resultados:

A la exploración física el paciente se encuentra confuso, agitado, desorientado, sin focalidad neurológica. Afebril. Se realiza hemograma, bioquímica y coagulación. En el hemograma destacaba la presencia de linfocitos activados, lo que nos lleva a pedir un test de mononucleosis que resulta positivo. Se realiza TAC craneal que presenta un aumento de densidad en asta posterior derecha. Se realiza punción lumbar en la que encontramos un aumento de leucocitos con predominio mononuclear (90%), glucosa normal, y proteínas normales. Se inicia tratamiento de forma empírica con Ceftriaxona y aciclovir endovenosos y medidas de soporte ingresando el paciente en cuidados intensivos, con buena evolución posterior, sin secuelas al alta.

Conclusiones:

Ante un cuadro de agitación psicomotriz es importante establecer un diagnóstico diferencial apriori entre organicidad y alteración psiquiátrica. En el caso de organicidad la anamnesis, exploración física y pruebas complementarias nos llevarán a orientar la causa y el tratamiento, teniendo como premisa el uso de medidas de soporte hasta poder aplicar el tratamiento definitivo.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

P-1353

ANÁLISIS DE LA HIPOGLUCEMIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

F Oltra Hostalet, MM Portillo Cano, MO García Sánchez,
C Navarro Bustos

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Palabras Clave: diabetes mellitus, hipoglucemia, hemoglobina a glucosilada

Objetivos:

La hipoglucemia es la complicación aguda más frecuente de la diabetes mellitas (DM), constituyendo el factor limitante básico para lograr los objetivos glucémicos en los pacientes diabéticos. Puede deberse a múltiples factores, entre los cuales destacan las terapias hipoglucemiantes y el control estricto de las cifras de HbA1c.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional descriptivo transversal, realizado en la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias del Hospital Universitario Virgen Macarena, que incluye a los pacientes atendidos en área de urgencias médicas, a los que se le realizó el diagnóstico de hipoglucemia durante el año 2013.

Resultados:

La prevalencia de la DM en nuestro ámbito es del 13,30 %. La mediana de edad fue de 70 años (15-95 años) con un Barthel medio de 87.29. El 79.8% de los episodios eran diabéticos. Un 68.9% se fue de alta desde urgencias, ingresando en planta en el 26.2%, con una estancia media de 13.67 horas. Se obtuvo una HbA1c media en 7.18, siendo ésta $\geq 6.5\%$ en el 40.1%. El 61.2% presentaban al menos un antecedente personal. Un 19.8% no tenía tratamiento antidiabético. El 54 % no tuvo asistencia previa al hospital, recogiendo en 123 casos el BM-test previo cuya media era de 45.7 mg/dl, y siendo el glucosmon el tratamiento más utilizado. El 7.5% de los episodios tuvo relación con tóxicos. En el 68.4% no se modificó el tratamiento al alta, produciéndose en estos el mayor número de nuevas hipoglucemias (57.6%). Además fue mayor entre los pacientes tratados con insulina lenta y aquellos con IABVD. Los pacientes con Hb1Ac ≥ 7.5 presentaron un 54.2% de nuevas hipoglucemias.

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.

P-1356

EMPIEMA SUBDURAL SECUNDARIO A SINUSITIS FRONTAL

A Martínez Gutiérrez, E Ruiz Ortiz, E del Hoyo Peláez,
A García Gil, A Real Martín, D Machuca Calvo

Urgencias. Complejo Hospitalario de Soria

Palabras Clave: sinusitis, fever, subdural empyema

Objetivos:

El empiema subdural, que se define como colección purulenta intracranial entre duramadre y aracnoides, es una patología infrecuente, que constituye el 33% al 85% de las complicaciones intracraniales de las sinusitis.

Material o pacientes y método:

Paciente de 19 años, con síntomas de sinusitis frontal izquierda y cefalea frontal de 2 semanas de evolución, que acude a Urgencias por fiebre. Refiere 2 crisis convulsivas tónico-clónicas el día anterior, recuperadas con agresividad hacia su entorno, atendidas por AP, negándose a ser trasladada al hospital. A la exploración, únicamente destaca síndrome febril sin focalidad neurológica con dolor a la percusión frontal izquierda.

Resultados:

En analítica de Urgencias destaca leucocitosis de 19340/ul con desviación izquierda y PCR 136.4 mg/l. Se realiza TC cerebral con CIV apreciándose lesión extraaxial frontal izquierda (21x44mm) con intenso realce periférico, que provoca efecto masa sobre el parénquima subyacente y desviación de la hoz cerebral de 7 mm hacia la derecha. Se evidencia ocupación del seno frontal izquierdo y parcial del derecho, así como etmoidal y esfenoidal izquierdo. Se observa una disrupción ósea en la pared posterior del seno frontal izquierdo que contacta con la colección anteriormente descrita. Todos ellos son hallazgos sugestivos de empiema extraaxial frontal izquierdo, probablemente epidural, secundario a sinusitis frontal. Ante estos resultados, se traslada a la paciente a neurocirugía, donde se realiza craneotomía frontal y desbridamiento y limpieza de empiema, con evolución neurológica favorable.

Conclusiones:

La sinusitis bacteriana aguda es una infección más frecuente en niños y adolescentes. Aunque el tratamiento con antibióticos y descongestionantes generalmente es efectivo, en una minoría existe progresión de la enfermedad con extensión intracranial, siendo lo más frecuente el empiema epidural y subdural. El empiema subdural se presenta comúnmente en adolescentes y adultos entre la 2ª y 3ª década de la vida. Los síntomas iniciales son inespecíficos, siendo la cefalea el síntoma más común junto con la fiebre. El empiema subdural es una entidad poco frecuente pero potencialmente grave, donde es fundamental un alto índice de sospecha, para un diagnóstico precoz y un manejo óptimo que incluye drenaje quirúrgico, antibióticos y terapia de soporte adecuada.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

P-1365

APENDAGITIS EPILOICA COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO NO QUIRÚRGICO

J Grünwald Ortiz, MA Mejía Castillo, O Zhygalova, JM Álvarez Pérez, FJ Callado Moro, C Gómez Sanchez, FJ Bonilla Alonso

Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: apendagitis, epiploica, abdominalgia

Objetivos:

La apendagitis epiploica (AE) es un proceso clínico secundario a torsión, trombosis o inflamación de los apéndices epiploicos que suele cursar con abdominalgia intensa con defensa abdominal que motiva su asistencia en Urgencias. El diagnóstico se confirma con estudios de imagen (ecografía, TAC) donde se aprecian hallazgos característicos, el denominado 'infarto graso focal'. Factores de riesgo son: la obesidad, hernias abdominales, pérdidas rápidas de peso, transgresiones dietéticas, etc.

Material o pacientes y método:

Presentamos el caso de un varón de 36 años sin antecedentes de interés que acude a Urgencias por cuadro clínico de 36 horas de evolución de dolor en fosa iliaca izquierda (FII) en aumento haciéndose intenso y continuo. No fiebre. No otra sintomatología asociada. A la exploración se objetiva dolor a palpación en FII con defensa voluntaria y rebote positivo sin signos de irritación peritoneal.

Resultados:

Análítica normal sin evidenciar leucocitosis ni elevación de reactantes de fase aguda. Rx. tórax y abdomen normales. Se solicita ecografía abdominal objetivándose, en FII, anterior al colon sigmoide, una imagen hiperecogénica de 19x15 mm, de morfología ovalada compatible con infarto epiploico/apendagitis. Dado que el estudio está limitado por gran interposición de gas se decide completar el mismo con TAC abdominal apreciándose una masa ovoidea pedunculada de 19x15 mm a nivel anterior de colon sigmoide rodeada de línea grasa hipodensa y reacción inflamatoria local. Hallazgos compatibles con AE.

Conclusiones:

La AE es un proceso benigno que cursa con dolor abdominal intenso selectivo, defensa abdominal y signos de irritación peritoneal que puede confundirse con procesos similares (apendicitis, diverticulitis...). Siendo su manejo diferente y menos agresivo nos obliga a realizar un buen diagnóstico diferencial. Tanto ecografía como TAC (más sensible y específica) son herramientas fundamentales para su diagnóstico. El tratamiento es conservador y con muy buen pronóstico. Consiste en reposo y analgesia, no siendo precisa, salvo complicaciones excepcionales, ni antibioterapia ni el tratamiento quirúrgico.

P-1369

PARÁLISIS PERIÓDICA HIPOPOTASÉMICA EN CULTURISTA

I Urbina Soto, P Hernández Martínez, L Ferreira Freire, A Cabero Martínez, S Campos Fernández, F Ortiz Flores

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Valladolid

Palabras Clave: periodic paralysis, thyrotoxicosis, hypokalemia

Objetivos:

La parálisis periódica tirotóxica es un subtipo de parálisis periódica hipopotasémica. Se caracteriza por hipopotasemia y episodios de debilidad muscular aguda, debido a un desplazamiento abrupto de potasio a nivel intracelular, en asociación con hipertiroidismo.

Material o pacientes y método:

Presentamos el caso de un paciente de 36 años, sin antecedentes personales de interés, que acudió a Urgencias por cuadro de 3 días de evolución de debilidad muscular, de inicio en miembros inferiores, extendiéndose posteriormente a miembros superiores, junto con fiebre, poliuria e hipersudoración nocturna. Durante las últimas semanas debido a un campeonato de culturismo, había intensificado el ejercicio físico y había modificado sus hábitos dietéticos: estaba ingiriendo unas 6000 kcal/día, bebía 6 litros de agua diarios y además estaba consumiendo multitud de preparados comerciales a dosis variables ricos en T3, insulina rápida, clenbuterol, tamoxifeno, boldenona, fluoximesterona, propionato de drostanolona, glutamina, hidroxina, hesperidina, preparado multivitamínico con óxido nítrico, arginina, potasio, magnesio, preparado a base de múltiples hierbas consumido como protector hepático y dobesilato cálcico. En la exploración física presentaba 105 lpm con buena saturación de oxígeno. El paciente tenía hipertrofia muscular generalizada, tono y sensibilidad conservados, balance muscular: 1/5 musculatura proximal y 4/5 musculatura distal y reflejos osteotendinosos abolidos, salvo el aquileo.

Resultados:

Pruebas complementarias: bioquímica: K 2.3, Na 146, Ca 8.6, Mg 1.7, CK 949, función renal normal, ALT 214, AST 65, GGT 76, FA 76, bilirrubina total 0.4, T4L 0.17, TSH < 0.005, cortisol 26.8, testosterona 12.9, LH < 0.1, FSH 0.3, ACTH 24, hemograma y gasometría venosa sin alteraciones, elemental y sedimento de orina: glucosuria, iones orina: Na 18, K 7, ECG: datos de hipertrofia ventricular, radiografía de tórax: ligera cardiomegalia. Los hallazgos de hipertiroidismo, parálisis flácida e hipopotasemia nos hicieron sospechar un cuadro de parálisis periódica tirotóxica. Se inició tratamiento con insulina, reposición hidroelectrolítica y levotiroxina con evolución satisfactoria.

Conclusiones:

La parálisis periódica tirotóxica es una complicación rara del hipertiroidismo, más común en poblaciones asiáticas. Es potencialmente letal si no se establece un diagnóstico precoz con el tratamiento adecuado, por lo que es importante sospecharla ante todo cuadro de parálisis aguda atendido en los Servicios de Urgencias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

P-1377

DIFERENCIAS ENTRE EL ABORDAJE DEL PACIENTE DIABÉTICO Y NO DIABÉTICO EN EL ICTUS AGUDO

L Franch Espinosa (1), R Lorenzo Martín (2), M Cuadros Hueta (3)

(1) Hospital Dr. Josep Trueta. Girona, (2) Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona, (3) Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona

Palabras Clave: diabetes mellitus, accidente cerebrovascular, mortalidad

Objetivos:

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica producida por un déficit absoluto o relativo de la insulina en la que el organismo no es capaz de producir suficiente o utilizarla adecuadamente. Un accidente cerebrovascular (ACV) es causado por la interrupción del suministro de sangre al cerebro (AVC hemorrágico o isquémico). La hiperglucemia es perjudicial para el ACV agudo pues aumenta la morbimortalidad y discapacidad.

Material o pacientes y método:

Información extraída de la base de datos de la bibliografía MEDLINE-PubMed y del portal editorial Elsevier. Análisis efectuado de 4 artículos científicos sobre el ictus agudo y la diabetes. Se han estudiado las variables vinculadas con el tema, el tratamiento del ACV, la relación con la diabetes, su pronóstico y los problemas causantes de una hiper/hipoglucemia así como la importancia del control de la glucosa.

Resultados:

La hipo/hiperglucemia se asocia a una mala evolución del ictus de manera que existe un mal pronóstico funcional y un aumento del riesgo de hemorragias cerebrales. La mitad de los pacientes que sufren un AVC agudo sufren hiperglucemia afectando hasta un 100% en pacientes diabéticos y un 50% en no diabéticos. El Tratamiento del ictus agudo es la tPA efectiva dentro de las primeras 4,5h desde el inicio del ictus.

Conclusiones:

El aumento de la glucosa es perjudicial para el accidente cerebrovascular agudo ya que aumenta la morbimortalidad y discapacidad. Se recomienda mantener a los pacientes normoglucémicos con valores entre 72 y 126 mg/dL. Para conseguir estos valores se analiza si una infusión combinada de glucosa + CLK + insulina durante 24h es mejor que el tratamiento habitual con inyección subcutánea. Una hiperglucemia > 140 mg/dL se asocia a un peor pronóstico de los pacientes que reciben rTPA además de distorsionar el funcionamiento del fibrinolítico. El aumento de la glucosa se ha asociado con una peor recuperación neurológica.

P-1385

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN EL PACIENTE ANCIANO: COMA MIXEDEMATOSO

CD Sebastián Puertas, C García Gómez, I Vigil Mejía

Hospital de Sagunto. Valencia

Palabras Clave: síndrome confusional agudo, coma mixedematoso, urgencias endocrinometabólicas

Objetivos:

Síndrome confusional agudo.

Material o pacientes y método:

Mujer de 85 años. Acude a Urgencias por permanecer toda la noche en su domicilio tendida en el suelo, con relajación de esfínteres, frialdad cutánea de hasta 34°C, habla disártrica (macroglotia) e hipoglucemia de 22 mg/dL. En analítica datos de rabdomiolisis (MG 3826 ng/ml, CK 2227 un/l), insuficiencia respiratoria global e insuficiencia renal. Mejoría de las cifras de glucemia tras glucosmon + suero glucosado. Mantiene hipotermia de 33.6°C a pesar de medios físicos. Se administra Seguril + bicarbonato + fluidoterapia como inicio de tratamiento por rabdomiolisis.

Resultados:

Ante la existencia de síndrome confusional agudo (SCA), se realiza diagnóstico diferencial de las causas más frecuentes en el paciente anciano: infecciosas (analítica dentro de los valores normales: hemograma, bioquímica, sedimento y Rx tórax), trastornos vasculares, farmacológicas (administración de Anexate sin mejoría), trastornos metabólicos (no existencia de alteraciones hidroelectrolíticas en analítica de control). Ante la persistencia de bajo nivel de conciencia ingresa en UCI. Se reciben resultados de TSH 138, T4 suprimida, por lo que en contexto de paciente obnubilada, hipoglucemia e hipotermia, se diagnostica de coma mixedematoso y se inicia tratamiento con dosis de carga de hormona tiroidea intravenosa e hidrocortisona intravenosa, por lo que mejora la clínica.

Conclusiones:

El coma mixedematoso es una complicación grave del hipotiroidismo, que da como resultado una encefalopatía que provoca que el enfermo entre en estado de coma. Generalmente se presenta en personas ancianas, de sexo femenino y en invierno. Aparece la sintomatología asociada al hipotiroidismo descompensado, con alteraciones en la regulación de la temperatura (hipotermia), hidroelectrolíticas (hiponatremia), ventilatorias (hipoventilación con hipoxia) y cardíacas (bradicardia).



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

P-1386

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN EL PACIENTE JOVEN

CD Sebastián Puertas, C García Gómez, I Vigil Mejía

Hospital de Sagunto. Valencia

Palabras Clave: síndrome confusional agudo, vasculitis, ictus isquémico secundario a disección carotídea

Objetivos:

Síndrome confusional agudo.

Material o pacientes y método:

Mujer de 34 años, sin antecedentes personales de interés. Acude a Urgencias por presentar cuadro de cefalea hem craneal brusca derecha y nuchal con náuseas seguido de desviación de la comisura bucal derecha y pérdida de conocimiento con rigidez generalizada y relajación de esfínteres. Posteriormente hemiparesia izquierda asociado a agitación psicomotriz y desinhibición. A su llegada a Urgencias se encuentra estuporosa, GCS 11, facial derecho, hipotensión, afebril. La paciente ingresa en UCI para estudio y seguimiento. Se realiza resonancia cerebral con resultado de diagnóstico diferencial entre sospecha de estenosis carotídea vs proceso inflamatorio carotídeo, por lo que posteriormente se solicita una angiografía donde los hallazgos no son sugestivos de disección, tratándose probablemente de un proceso inflamatorio focal de tipo vasculítico (en estudio).

Resultados:

Ante la existencia de síndrome confusional agudo (SCA) en el paciente joven, se realiza diagnóstico diferencial de las causas más frecuentes: tóxicas (tóxicos en orina negativos, no responde a Anexate ni a Naloxona), vasculares (TAC normal), metabólicas (hemograma, bioquímica- gasometría venosa, PCR, Rx tórax y sedimento de orina normal), infecciosas (no antecedentes, no fiebre, punción lumbar negativa).

Conclusiones:

El SCA es un cuadro clínico de inicio brusco caracterizado por la aparición fluctuante y concurrente de: alteración del nivel de conciencia, afectación global de las funciones cognitivas, alteraciones de la atención-concentración con desorientación, exaltación o inhibición psicomotriz que puede llegar al estupor o a la agitación y alteraciones del ritmo vigilia-sueño. Es importante iniciar el diagnóstico diferencial a su llegada al servicio de Urgencias para intentar esclarecer la causa y poder tratarla. En este caso en el paciente joven: neurológica, metabólica, infecciosa, endocrinopatía, agentes externos, cardiopulmonar, tóxica.

P-1387

ATENCIÓN, ¡CÓDIGO ICTUS!

N Rodríguez García, MC Quesada Martínez, M Córcoles Vergara, MJ Martínez Valero, JA Sánchez Nicolás, P Lázaro Aragües

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

Palabras Clave: stroke, déficit, neurologic, differential diagnosis

Objetivos:

Varón de 54 años natural de Marruecos con antecedentes personales de HTA y exfumador que consulta por dolor con pérdida de fuerza y sensibilidad en miembro superior derecho desde hace 2 horas.

Material o pacientes y método:

Exploración neurológica: Nivel y contenido de conciencia adecuados. Pupilas isocóricas y normorreactivas. No nistagmo. MOES sin déficit así como el resto de pares craneales. Se observa mínima asimetría en reflejo nasogeniano izquierdo que el familiar insiste que es propio. Reflejo nauseoso presente y simétrico de forma bilateral. Balance muscular 5/5 en las tres extremidades, 4/5 en MSD. No defectos en la sensibilidad termoalgésica ni posicional en las 3 extremidades y alteración de la sensibilidad en MSD. No alteraciones del tono. Sedestación sin problemas. Marcha autónoma posible. Romberg negativo. No signos de meningismo. Exploraciones complementarias: ECG y analítica normal. TC craneal urgente: Sin hallazgos de patología aguda intracraneal establecida. Rx Tórax: No cardiomegalia. No redistribución vascular. No condensaciones ni infiltrados. No pinzamiento de senos costofrénicos. Evolución: Se rehistoria al paciente con el correspondiente traductor debido a la barrera idiomática con el mismo y el familiar: la asimetría facial es basal desde hace años por pérdidas de piezas dentarias y el cuadro comenzó con dolor cervical mientras dormía y al levantarse notó pérdida de fuerza y sensibilidad en extremidad superior con parestesias. Trabaja en el campo cargando cajas. Tras la analgesia se mejora la sensibilidad en MSD y se reexplora con fuerza 5/5 en las cuatro extremidades.

Resultados:

Diagnóstico principal: cervicobraquialgia derecha con compromiso radicular. Diagnóstico diferencial: enfermedad cerebrovascular, osteoartritis, artritis reumatoide, espondiloartritis anquilosante, fibromialgia, lesiones musculoligamentosas.

Conclusiones:

Es necesario una correcta anamnesis ya que se puede confundir distintas patologías con patologías urgentes que comprometen la vida del paciente. Dado a la dificultad de la barrera idiomática se trató como una patología urgente ya que a la exploración la desviación de la comisura bucal hacia el lado de la lesión y la pérdida de fuerza y sensibilidad nos hizo sospechar una accidente cerebrovascular, pero tras la realización del mismo una anamnesis más cautelosa con la exploración de la columna cervical no llevó a la clave del diagnóstico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

P-1392

COREA VASCULAR

S Giménez Brisach, A Barceló López, M García Galán,
Z Serrano Soler, JA Sanantón López, MA Manzanero Gualda,
P Muñoz Padilla

Hospital Dénia. Alicante

Palabras Clave: chorea, movement disorders, subthalamic nuclei

Objetivos:

Las corea es una alteración hiperkinética del movimiento caracterizada por contracciones rápidas e involuntarias faciales y de miembros, por lesión de los ganglios basales. La causa más frecuente es la hereditaria, entre las adquiridas se incluyen: secundaria a neurolépticos (más frecuente en adultos), cerebrovasculares, paraneoplásica, hiperglucemia, Virus Inmunodeficiencia Humana, entre otras. Para su tratamiento precisa de fármacos bloqueadores de receptor de dopamina.

Material o pacientes y método:

Varón de 88 años que refería movimientos en miembro inferior izquierdo, de dos semanas de evolución, persistentes, que no conseguía controlar, y que le provocaron varias caídas. Antecedentes de hipertensión arterial, hiperplasia benigna de próstata y adenocarcinoma de sigma, intervenido, libre de recidivas. En tratamiento con ácido acetilsalicílico, enalapril y tamsulosina. A la exploración se objetivaron movimientos circulares de miembro inferior izquierdo, en región distal, continuos e involuntarios, resto de la exploración dentro de la normalidad. Se estableció la sospecha clínica de movimientos coreicos en un miembro, de inicio reciente. Se solicitó en urgencias estudio analítico (bioquímica, hemograma, coagulación) y de imagen, Radiografía de Tórax (Rx) y Tomografía computerizada (TC) craneal, con ampliación posterior a su ingreso hospitalario mediante Resonancia Magnética (RM) cerebral, Holter cardíaco, ecocardiografía (ETT) y ecografía de troncos supraaórticos (TSA).

Resultados:

El estudio analítico y Rx resultaron anodinos. La TC objetivó leucoaraiosis. En la RM se objetivó imagen compatible con ictus subagudo en núcleo subtalámico derecho. El holter registró rachas de fibrilación auricular (FA) y la ecografía de TSA mostró ateromatosis bilateral. El diagnóstico principal fue de ictus subagudo isquémico en núcleo subtalámico de causa dual (ateromatosis y FA), y movimientos coreicos secundarios. Se inició tratamiento anticoagulante, y quetiapina, con remisión de la clínica.

Conclusiones:

La aparición de movimientos coreicos implica la sospecha diagnóstica de enfermedad cerebrovascular, que atendiendo a la clínica, se puede establecer desde el servicio de Urgencias hospitalarias. Generalmente lesión de ganglios basales, obligando a buscar su causa y tratarla. Aunque poco frecuente, se debe tener en cuenta la lesión de núcleo subtalámico.

P-1394

DOCTORA, NO AGUANTO MÁS ESTA DESCOMPOSICIÓN

V Báez Pimentel (1), A Arias Rosario (2), D Rosario Lapaix (3),
A Moronta de La Cruz (1), S Méndez Desena (1),
L Alcántara Feliz (3), S Isobe (1)

(1) San Andrés del Rabanedo, (2) Condesa,
(3) Trobajo del Camino. León

Palabras Clave: biopsia, epitelio, colitis microscópica

Objetivos:

La colitis microscópica es una patología incluye colitis leucocitaria y colágena, es un cuadro de diarrea crónica acuosa, con hallazgos radiológicos y endoscópicos normales y alteraciones histológicas en la biopsia de colon.

Material o pacientes y método:

Varón de 61 años, sin AMC, fumador de un paq/cig día, epigastralgia. Consulta por un cuadro de seis meses de evolución de diarrea acuosa de 2-3 deposiciones líquidas al día diurnas y nocturnas, pérdida de 10 kg de peso, rectorragia y abdominalgia, ligera mejoría con loperamida. Exploración física por aparatos y TR sin alteraciones que destacar. Hemograma con VSG, Bioquímica con iones, transaminasas, TSH, hormonas tiroideas y marcadores tumorales normales. Toxina de Clostridium Difficile y Sangre oculta: negativa. Coprocultivo: flora mixta habitual. ECG y Rx Tórax: normal. Rx Abdomen: gas y heces en ampolla rectal y marco cólico, sin signos de obstrucción.

Resultados:

Por el tiempo de evolución, la persistencia del trastorno del ritmo deposicional y la baja respuesta a tratamiento con loperamida. Se decide ingreso, se le realizó colonoscopia con biopsia que informo de normalidad macroscópica de la mucosa, pero en la anatomía patológica se observó un aumento de infiltrado a expensas de linfocitos y células plasmáticas con abundantes linfocitos. Sin signos de malignidad, siendo el diagnóstico más probable colitis linfocítica, se pauta tratamiento con corticoides, encontrándose al segundo día asintomático y con deposiciones normales.

Conclusiones:

1. La CL es un diagnóstico a tener en cuenta en pacientes de mediana edad con diarrea crónica, siempre que se hayan descartado otras causas: diarreas infecciosas, cólera, hipertiroidismo y enfermedad celíaca. También hay que descartar sus factores desencadenantes como el CI difficile, el consumo de algunos fármacos (lansoprazol, simvastatina y los antiinflamatorios no esteroideos (AINE). 2. En la diarrea crónica es imprescindible la toma de biopsias por que el diagnóstico de certeza nos lo da el análisis anatomopatológico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

P-1417

¿Y ESE EDEMA DE CUELLO?

**MC Quesada Martínez (1), M Córcoles Vergara (1),
N Rodríguez García (1), L Blázquez González (1),
M García Palacios (1), M Medina Abellán (2), G Cano Conesa (3)**

(1) Hospital Universitario Reina Sofía. Murcia, (2) CCSS Espinardo. Murcia, (3) Hospital Rafael Méndez. Lorca, Murcia

Palabras Clave: thrombosis, jugular veins, edema

Objetivos:

Varón 45 años, hipertenso, dislipémico, insuficiencia renal en hemodiálisis por glomerulonefritis por depósitos mesangiales IGA con glomerulonefritis proliferativa segmentaria y focal con trasplante renal fallido en dos ocasiones. Consulta por disfagia desde 3-4 días e incremento de ambas venas yugulares. No disnea, no estridor, no tos. No edema úvula, no fiebre. No edema facial ni brazos, no cianosis.

Material o pacientes y método:

Juicio diagnóstico: trombosis parcial vena yugular izquierda.

Resultados:

Diagnóstico diferencial: síndrome vena cava superior o trombosis vena yugular.

Conclusiones:

La clínica de trombosis vena yugular interna es inespecífica. Muchos casos no produce ningún síntoma, por lo que su hallazgo es casual. Los síntomas más habituales son dolor en el cuello y aparición de una masa o hinchazón junto al músculo esternocleidomastoideo. Con menos frecuencia leucocitosis y fiebre. La complicación más grave es tromboembolia pulmonar, se suele producir en el 5%. Está descrita la aparición de émbolos sépticos, septicemia generalizada, edema facial y pseudotumor cerebral. El diagnóstico precisa de un elevado índice de sospecha clínica y pruebas de imagen. La TC es la técnica no invasiva de elección. También habitualmente se utiliza la ecografía, simple como Doppler. El tratamiento de elección es anticoagulación con heparina bajo peso molecular, algunos autores han realizado trombectomía percutánea con buenos resultados.

P-1423

UNA EVOLUCIÓN ATÍPICA DE UNA PATOLOGÍA FRECUENTE

**AM Mur Pérez (1), B Sierra Bergua (2), N Lozano Torrubia (3),
S Franco García (4), P Vela Condón (5)**

(1) Centro de Salud Valdefierro, (2) Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Urgencias), (3) Centro de Salud Oliver, (4) Centro de Salud Miralbueno, (5) Centro de Salud Valdefierro. Zaragoza

Palabras Clave: cólico biliar, absceso subfrénico, tratamiento

Objetivos:

El cólico biliar es una patología frecuente que afecta de 30-55 años, obesos, y sobre todo mujeres. Cursa con dolor cólico en hipocondrio derecho irradiado o no, vómitos, hiporexia, coluria, hipo-acolia, con/sin ictericia y con/sin fiebre, según etiología. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y el tratamiento se basa en analgesia en casos no complicados.

Material o pacientes y método:

Se presenta a un varón de 78 años, con antecedentes de infarto agudo de miocardio, pancreatitis, reflujo gastro-esofágico, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y espondilitis anquilosante y adenoidectomía. En tratamiento con: diltiazem, ácido acetil-salicílico, telmisartán/hidroclorotiazida, ezetimiba/simvastatina, y pantoprazol. Sin alergias medicamentosas. Acude a urgencias por dolor epigástrico continuo de 3 semanas de evolución que no modifica con la ingesta, irradiado a hipocondrio derecho. Refiere sed, con astenia, hiporexia, pérdida ponderal de 2 kilos en un mes, coluria, sin clínica miccional ni fiebre. EXPLORACIÓN: conciente, orientado, constantes normales. Tinte subictérico, pliegue supraclavicular positivo. Roncus inspiratorios e hipoventilación en base derecha, eupneico, respiración abdominal. Tonos cardiacos normales. Abdomen globuloso, blando, depresible, doloroso a la palpación de hipocondrio derecho, izquierdo y epigastrio, no edemas periféricos.

Resultados:

ECG: signos de necrosis en cara inferior. Rx tórax: sustrato pulmonar crónico, marcada elevación diafragmática derecha y pinzamiento del ángulo costodiafragmático derecho. Analítica: anemia y leucocitosis con neutrofilia.

Conclusiones:

El cólico biliar es una patología frecuente, rara vez da complicaciones pero éstas pueden ser graves. Ante un cólico biliar que no mejora con tratamiento sintomático de forma definitiva se debe ampliar el estudio. El absceso subfrénico relacionado con patología biliar es una entidad poco frecuente pero que puede tener graves consecuencias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

P-1427

ESTREÑIMIENTO PERTINAZ

N Rodríguez García, MC Quesada Martínez, MJ Lázaro Gómez

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

Palabras Clave: constipation, agent loss weight, child

Objetivos:

Varón de 11 años natural sin antecedentes personales que consulta por estreñimiento y dolor abdominal de un mes de evolución con náuseas sin vómitos. Durante el último mes cuatro visitas a Urgencias, pautándose laxantes y espasmolíticos con empeoramiento del cuadro. Pérdida de 4 kg en el último mes por cambio dietético sin mejoría clínica, con imposibilidad de realizar sus actividades diarias. El paciente tiene tendencia al estreñimiento desde lactante, sin embargo este ha sido autolimitado solucionándose con enemas y laxantes. Desde hace un mes empeora el cuadro de estreñimiento asociándose distensión abdominal y dolor en hemiabdomen izquierdo que mejora tras la deposición y posteriormente se irradia a hipogastrio y ocasionalmente a epigastrio. Hace 10 días presentó cuadro de fiebre de 38°C, con diarrea tras varios días de estreñimiento y dudosa desorientación sin otro cuadro asociado.

Material o pacientes y método:

Juicio clínico: Enfermedad de Hirschsprung. Diagnóstico diferencial: megacolon idiopático, megacolon chagásico, obstrucción intestinal, estreñimiento crónico.

Resultados:

En niños mayores con estreñimiento se hace difícil el diagnóstico diferencial de esta enfermedad, son frecuentes los gestos retentivos de las heces, el rechazo del inodoro y la ampolla rectal ocupada por grandes bolas fecales.

Conclusiones:

De cualquier forma, si un estreñimiento, en el lactante o más tarde, que no puede atribuirse a un problema mecánico como tumores, malrotaciones, adherencias peritoneales, duplicaciones rectales, estenosis o un ano de situación más anterior no se resuelve con medidas diuréticas, ablandadores fecales o laxantes durante un período breve de tiempo, tenemos que pensar en la existencia de un aganglionismo.

P-1430

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UN CÓDIGO ICTUS EXTRAHOSPITALARIO EN EL ÁREA SANITARIA DE OSUNA

T Navarro Morales, A Rodríguez Trujillo, N Rodríguez Tejada

Área Sanitaria de Osuna. Sevilla

Palabras Clave: ictus, observación, asistencia

Objetivos:

El ictus es una enfermedad cerebrovascular de alta frecuencia, uno de los motivos más frecuentes de asistencia neurológica urgente y constituye un grave problema de salud pública. Una rápida actuación en la fase aguda mejorará el pronóstico de estos pacientes. Por ello, se ha llevado a cabo la implantación de un protocolo código ictus para una actuación coordinada entre los profesionales que atenderán al paciente.

Material o pacientes y método:

Se ha realizado un protocolo donde se refleja la actuación que se debe llevar a cabo ante la presencia de un paciente con ictus y los casos en los cuales se tiene que activar el código ictus en el Área Sanitaria de Osuna.

Resultados:

Durante el año 2015 se activaron 46 códigos ictus en el Área Sanitaria de Osuna. Los resultados obtenidos fueron una mejora significativa en el pronóstico de estos pacientes.

Conclusiones:

Una rápida actuación y activación del código ictus mejorará significativamente el pronóstico de la enfermedad y la calidad asistencial del equipo multidisciplinar.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

P-1454

DOBLE SUPRESIÓN

D Fernandez de Velasco Pérez, M Pizarro Eraso, JI Pellin Ariño,
G Navarro Jiménez, A Blanco Portillo

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

Palabras Clave: eje suprarrenal, shock, glucocortoides

Objetivos:

Se presenta el caso de un paciente que acude a Urgencias por dolor abdominal y con signos de shock

Material o pacientes y método:

Se presenta el caso de un paciente de 80 años que acude a Urgencias por dolor abdominal de 6 horas de evolución a destacar entre sus antecedentes personales: HTA, miocardiopatía hipertensiva con FEVI conservada, ex fumador, EPOC leve y arteriopatía isquémica severa (doble stent iliaco). En tratamiento con Furosemida, Enalapril, Aspirina, Omeprazol, Atorvastatina, Spiriva, Levofloxacino, pauta descendente de corticosteroides (infección respiratoria reciente) y ketoconazol 2% en crema cada 8 horas. Acude a Urgencias por cuadro de dolor y distensión abdominal de unas 6 horas de evolución acompañado de malestar generalizado. Niega fiebre, diarrea o vómitos asociados. Niega episodios similares en el pasado. A su llegada Urgencias el paciente presentaba inestabilidad hemodinámica TA: 90/60, Fc: 116, Sat: 93% T°: 35,6°. Glasgow 15/15. Presentaba signos de mala perfusión periférica con livideces en tronco. El abdomen era difusamente doloroso sin signos de irritación peritoneal.

Resultados:

En la analítica obtenida a su llegada leucocitosis con desviación izquierda. Destaca un pH de 7,24 con Pco2: de 21 y HCO3 de 9,1 mmol/L, lactato de 2,5 mmol/L, creatinina de 2,2, Na de 115, potasio de 5,8 y PCR <0,5. El ECG no muestra alteraciones agudas y la radiografía de tórax no presenta alteraciones

Conclusiones:

Ante la presencia de signos de SRIS se inician medidas de soporte hemodinámico intensivo, se solicitan cultivos, se inicia tratamiento con Piperacilina/tazobactam empírico. Ante mala evolución en las primeras horas se decide realizar TAC abdominal ante la posibilidad diagnóstica de isquemia intestinal aguda complicada en paciente con arteriopatía severa conocida. El TAC no muestra alteraciones significativas salvo hipercaptación de ambas glándulas suprarrenales. Dada el tratamiento corticoideo en descenso sumado al tratamiento con ketoconazol y las llamativas alteraciones iónicas que presenta el paciente, descartada isquemia intestinal, se sospecha de insuficiencia suprarrenal aguda con shock secundario, por lo que se decide iniciar tratamiento con hidraltesona iv a altas dosis. El paciente presenta buena evolución posterior con retirada a las 48 h de tratamiento antibiótico. Al alta el paciente en tratamiento hidraltesona oral. No se conocen complicaciones posteriores hasta la fecha.

P-1493

RABDOMIOLISIS COMO DEBUT DE HIPOTIROIDISMO

S Galindo Vacas, V Martínez Prieto, E Roales León

Hare Écija. Sevilla

Palabras Clave: rabdomiolisis, hipotiroidismo, creatina quinasa

Objetivos:

La rabdomiolisis es un síndrome clínico donde se produce una lesión del músculo esquelético liberándose mioglobina, creatinina (CK), potasio, lactato deshidrogenasa (LDH), Aspartato aminotransferasa (AST), etc., que pasan a la sangre, provocando debilidad y dolor muscular, orina oscura, vómitos, dolor abdominal y edema. El ejercicio muscular intenso, los traumatismos, la convulsión, drogas, tóxicos, Infecciones, y alteraciones endocrino-metabólicas pueden originarla.

Material o pacientes y método:

Varón de 36 años que acude a urgencias derivado por su CS por epigastralgia de dos horas de evolución, continuo, un episodio de vómito, no fiebre, no dolor torácico ni disnea, no traumatismo ni otra sintomatología. Niega hábitos tóxicos. A la exploración: BEG, COC, eupneico en reposo, Tolerancia el decúbito, Glasgow 15, ACR: tonos rítmicos, no ausculto soplos, MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: Blando, depresible, no palpo masas ni megalias, Doloroso a la palpación en epigastrio, Murphy Negativo, Blumberg negativo, no signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales normales.

Resultados:

Pruebas complementarias: ECG sin signos de isquemia aguda, Bioquímica Ck 1727, creatinina 1.40, AST 86, resto normal. Hematimetría: HB 12.2, Hto 36.8%, VCM 88.7, resto de series normales, Sistemático de orina, sangre 10, resto normal, pH venoso 7.37. Se ingresa al paciente en Observación para rehidratación. Se rehistoria, intentando buscar la causa de su Rabdomiólisis. Refiere ahora tiene más estrés en su trabajo, es la temporada de la naranja, aunque refiere estar acostumbrado a su trabajo, lleva ya 2 meses. Refiere que desde hace 3-4 meses está más cansado, se nota muy hinchado, ha engordado, este dato hace sospechar hipotiroidismo. Se le solicita, TSH (678 µU/ml), T4 <0.023 ng/dl.

Conclusiones:

La ausencia de síntomas específicos de rabdomiólisis no la descarta, por ello debe filiarse siempre e intentar buscar en la historia del paciente algún dato sospechoso. El diagnóstico y tratamiento precoz del hipotiroidismo, evitó una crisis mixedematosa.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

A-1545

LA TERCERA CAUSA MÁS FRECUENTE DE MENINGITIS EN ADULTOS MENINGITIS POR LISTERIA

JC Núñez Cordón (1), J Ramos Herrera (1), V Pinto Goncalve (2), M Figueredo Moreira (2), A Núñez Giovannetti (2), E Villaba Cantalejo (2), I Jesús Vázquez (2)

(1) Hospital SAS Jerez, (2) AMI Asistencia Medica Integral Xerez. Jerez de la Frontera, Cádiz

Palabras Clave: listeria monocytogenes, meningitis por listeria, tercera causa de meningitis en adultos

Objetivos:

A propósito de un caso de paciente que nos llega al servicio de urgencia por cuadro de fiebre con focalidad neurológica abigarrada que supone un reto en cuanto a pruebas diagnosticas y actitudes en el tratamiento . Presentación de un caso de adulto de 79 años que trabaja en el campo y consume leche cruda y en el que se plantearon varias alternativas del foco infeccioso.

Material o pacientes y método:

El material que se presenta es la historia clinica del paciente y todas las pruebas realizadas, Analítica, TAC craneal, Ecografia y TAC d abdomen análisis del liquido cefalorraquídeo y cultivos realizados. Se realiza consulta bibliográfico por Medline

Resultados:

Se analiza un caso que acude a nuestras urgencias y que fallece antes de las 48 horas en nuestra propia área de observación Se realiza un a revisión bibliográfica y la alta mortalidad de los casos estudiados se debe entre otras causas a que ya presentaban algún tipo de enfermedad predisponente.

Conclusiones:

Los pacientes con meningitis listeria monocytogenes presentan alguna enfermedad predisponente y su mortalidad es alta si no actuamos con rapidez en el tratamiento.

A-1552

ESCUCHAR Y OBSERVAR AL PACIENTE, CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

A Mari López (1), O Yuguero Torres (2), X Ichart Tomàs (3), V Pujol Aymerich (1), A Moreno Pena (4), MJ Abadías Medrano (5)

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida

Palabras Clave: vértigo, anamnesis, diagnóstico diferencial

Objetivos:

Resulta difícil introducir el tema del vértigo sin hablar de un término mucho más popular, amplio e inespecífico como es el de mareo. Los pacientes refieren sensaciones que muchas veces no forman parte de un vértigo propiamente dicho y que han aprendido a nombrar con el término mareo y eso puede significar vértigo, mareo, desequilibrio, fatiga, angustia, inseguridad, ahogo... El mareo constituye un síntoma muy frecuente (supone cerca del 2% de las consultas médicas) y especialmente molesto y angustioso. El paciente mareado, si no es correcta y precozmente abordado y orientado, suele ser derivado a diferentes especialistas (ORL, traumatólogo, neurólogo, psiquiatra,...) iniciando una larga peregrinación a la que se van sumando pseudo-diagnósticos, con riesgo de yatrogenia y de incremento de la angustia del enfermo. Aproximadamente, el 40 % de pacientes con mareo presentarán una alteración vestibular periférica, 10 % una lesión central, 15 % un trastorno psiquiátrico, 25 % otro tipo de problemas como presíncope u trastornos del equilibrio, y el 10 % de casos no conoceremos el diagnóstico.

Material o pacientes y método:

Pacientes (2) que consultan por su propio pie al servicio de Urgencias.

Resultados:

Mujeres de 32 (asiática) y 54 años (caucásica), consultan por mareo y vómitos asociados a cefalea de 1 mes de evolución la primera y una semana la segunda. Valoradas en nuestro servicio siendo alta a domicilio con tratamiento sintomático. Consultan de nuevo por persistencia y empeoramiento clínico: se realiza anamnesis, exploración (difícil por marcada clínica) y TC craneal donde se evidencia una probable lesión metastásica en la primera y una hemorragia subaracnoidea a expensas de aneurisma en la segunda.

Conclusiones:

El vértigo es un síntoma complejo y frustrante que puede tener muchas causas. Hacernos reflexionar sobre la importancia de una buena anamnesis y exploración física del paciente, dándole importancia a los signos de alarma. Dentro del alto porcentaje de pacientes que consultan por vértigo/mareo es especialmente relevante diferenciar a los que presentan una causa central, no por ser pacientes jóvenes debemos preestablecer una causa periférica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

A-1567

RECONOCIMIENTO Y ACTUACIÓN ANTE SOSPECHA DE DISECCIÓN AÓRTICA: REPORTE DE UN CASO

MJ Conesa Espejo, A Martínez Más, C Sánchez Pérez, M Boksan, M García Aroca, IM Martínez Ardil, R Gómez García

Hospital Santa Lucía Cartagena. Cartagena, Murcia

Palabras Clave: disección, aorta, hipertensión

Objetivos:

La disección aórtica requiere una rotura en la íntima, la sangre pasa por la rotura creando falsa luz intravascular. Según clasificación Stanford hay 2 tipos: disección A (próxima, afectando aorta ascendente) y B (distal). La propagación de disección puede ser anterógrada o retrógrada produciendo complicaciones (mala perfusión, taponamiento cardíaco insuficiencia valvular).

Material o pacientes y método:

Varón 48 años refiere desde hace una hora dolor epigástrico opresivo irradiado hacia espalda y región centrotorácica acompañando sudoración. Antecedentes: Hipertensión arterial (HTA). Fumador 60 paquetes/año. Consumidor cocaína. En exploración física tensión arterial (TA) elevada y afectación del estado general por dolor. Se inicia tratamiento con Captopril, diazepam, morfina y solinitrina mejorando dolor y TA. Persiste afectación del estado general por dolor, se solicita TAC toracoabdominal sospechando disección aórtica siendo confirmada. Se avisa a cirugía cardiovascular que descarta cirugía e instauramos tratamiento con Nitroprusiato y Labetalol. Ingresa en Unidad cuidados intensivos asintomático pero oligúrico. Se realiza Angio-TAC observándose progresión de disección anterógrada y retrógrada, consultándose con cirugía e implantando prótesis endovascular.

Resultados:

Exploración física/complementaria: TA: 245/132, taquicardia, afebril. Saturación oxígeno: 98%. Afectado por dolor. Analítica: normal Tóxicos en orina: cocaína. Electrocardiograma: normal. Radiografía tórax: cardiomegalia. TAC toracoabdominal: Disección aórtica tipo B, distal a arteria subclavia izquierda hasta porción distal de arterias ilíacas. Angio-TAC: extensión retrograda afectando troncos supraaórtico y anterógrada afectando arterias hipogástricas. Diagnóstico: Disección aórtica tipo B con extensión a cayado aórtico y arterias hipogástricas Diagnóstico diferencial: Síndrome coronario agudo sin elevación ST, pancreatitis, isquemia mesentérica.

Conclusiones:

Disección aórtica, urgencia cardiovascular, sospecharla ante paciente con cifras de TA muy elevadas, afectación del estado general por dolor abdominal, centrotorácico, dorsal y factores de riesgo como tabaco, cocaína e HTA. Si disección afecta a aorta ascendente o cayado el tratamiento es quirúrgico pero si afecta a aorta descendente el tratamiento es médico mediante control del dolor y TA para evitar progresión de disección mediante betabloqueantes, que no se emplean en este caso por consumo de cocaína. Se implanta prótesis endovascular por progresión que afecta a cayado aórtico y desarrollo de complicaciones. Su pronóstico dependerá del diagnóstico y tratamiento precoz.

A-1569

EL ABRAZO DEL DIABLO (ENFERMEDAD DE BORNHOLM)

R Moreno Saiz (1), F Salinas Ruiz (1), A Cabezón Crespo (2), J Arnaiz Alija (3), K del Olmo Sánchez (4)

(1) Centro de Salud Cristóbal Acosta, (2) HUBU, (3) Centro de Salud Comuneros, (4) Centro de Salud San Agustín. Burgos

Palabras Clave: abrazo, Bornholm, pleurodinia

Objetivos:

La enfermedad de Bornholm, también llamada Pleurodinia Epidémica o el abrazo del diablo es una enfermedad viral febril aguda (causada generalmente por el virus Coxsackie B) que se caracteriza por el inicio súbito de dolor intenso en tórax bajo o abdomen. El nombre de pleurodinia indica la localización intercostal del dolor y no connota una afección de la pleura. Suele ser epidémica, pero también ocurren casos esporádicos.

Material o pacientes y método:

Paciente varón de 50 años, sin antecedentes personales de interés que acude al servicio de Urgencias por presentar un dolor en tórax que irradia hacia espalda y que describe como muy intenso, como si le estuvieran dando un abrazo pero le desgarran. El dolor comenzó hace 4 días, pero cada vez es más intenso. Además, refiere que le cuesta respirar porque el dolor aumenta con ello.

Resultados:

En Urgencias se le hizo una Radiografía de Tórax que resultó ser normal, y una analítica con patrones normales, con serología y troponinas. Las constantes vitales eran normales y se le practicó un ECG con resultado dentro de la normalidad. Auscultación, tanto cardíaca como pulmonar sin alteraciones. El tratamiento fue sintomático para el dolor.

Conclusiones:

Se debe pensar en esta enfermedad puesto que hay que hacer un buen diagnóstico diferencial y se debe tener presente en ciertos dolores torácicos o abdominales que se manifiestan como dolores muy intensos. Dado que a veces no se piensa en ella, en ocasiones puede pasar desapercibida.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 10. URGENCIAS MÉDICAS III. (DIABETES Y URGENCIAS ENDOCRINAS, PATOLOGÍA NEUROLÓGICA, PATOLOGÍA DIGESTIVA Y OTRAS PATOLOGÍAS MÉDICAS)

A-1584

UN SÍNTOMA COMÚN: A PROPÓSITO DE UN CASO

Oy G N (1), H S M (2), A I G (3)

(1) Hospital Punta Europa. Algeciras, Cádiz, (2) Centro de Salud Saladillo. Algeciras, (3) Hospital La Línea. Cádiz

Palabras Clave: adenoma, bile duct, cholangitis, klatskin's tumor

Objetivos:

El colangiocarcinoma hiliar, patología maligna muy infrecuente, incidencia 1.2/100.000 habitantes/año, 2% de los cánceres diagnosticados, similar en hombres y mujeres, aparece a partir de la sexta década, con pico incidencia 80 años. Afecta cualquier punto del árbol biliar, el hepático común es aproximadamente 60-80%, este subtipo denominado tumor de Klatskin, por Gerald Klatskin en 1965, sin patrón etiológico claro. De 15.000 casos/año, 10% son tumores Klatskin. Entidad agresiva y de mal pronóstico sin tratamiento lleva inexorablemente a la muerte, solo 25% son resecables con media de supervivencia 11/2 año, en irresecables 6 meses, sin modificación pese a procedimientos paliativos.

Material o pacientes y método:

Descripción de un caso clínico

Resultados:

Mujer 60 años, sin antecedentes, con prurito generalizado en contexto de tratamiento amoxicilina clavulánico y sospecha de reacción alérgica. Las últimas 24h fiebre, escalofríos, coluria, acolia. Examen físico: tinte icterico sin lesiones cutáneas. Abdomen doloroso hipocondrio derecho, Murphy positivo. Analítica: Leucocitosis 13.900, neutrofilia 72.9% fibrinogenemia 862, bilirrubina total 7.2 (directa 4.3), GOT 395, GPT 624, GGT 1028, fosfatasa alcalina 1239 PCR 118.6 PCT 10.10 CA 19.9 48.2 Ecografía abdominal: dilatación vías biliares intrahepáticas, vesícula atrofica. ColangioRMN Vías biliares: dilatación vía biliar intrahepática bilateral, área de confluencia imagen irregular que interrupción abrupta hepático común, estenosis 46mm por tumoración. Vesícula distendida, edema perivesicular, imagen nodular 16 mm (colección flemonosa) Tratamiento según hemocultivos: Pseudomona aeruginosa sensible piperazilina/tazobactam y drenaje biliar (CPRE) Estudio de extensión negativo, realizandose resección completa tumoral, linfadenectomía y anastomosis biliodigestiva. Anatomía patológica: adenocarcinoma esclerosante con ganglios regionales comprometidos, subsidiario de tratamiento paliativo, que en la actualidad esta siguiendo la paciente.

Conclusiones:

Pese al desarrollo de procedimientos diagnósticos/terapéuticos novedosos, dada la forma de presentación clínica larvada el diagnóstico es tardío. La experimentación con nuevas técnicas quirúrgicas: resección hepática/transplante hepático con resultados alentadores de publicaciones recientes sobre este tema y aplicación futura al resto de colangiocarcinomas, significa una esperanza al borde de esta patología hasta el momento impensable.

A-1592

PLEXOPATÍA POR HERPES ZÓSTER

J Pelayo Lastra, L Piedra Antón, S Sánchez Ortiz, H Solino Sainz, B Ceballos Pérez, A Hernández Gorostegui, E Vázquez González

Hospital Sierrallana. Maliaño, Cantabria

Palabras Clave: herpes zóster, brachial plexus neuropathies, paresis

Objetivos:

El virus varicela-zóster (VZV) es el agente causal de 2 enfermedades diferentes, la varicela, propia de la primoinfección, y el herpes zóster, que ocurre durante la edad adulta por reactivación del virus o en estados de inmunosupresión. Si excluimos la neuralgia postherpética, las complicaciones por herpes Zóster no son habituales, en el caso de neuropatías motoras suponen entre 1-5% de casos.

Material o pacientes y método:

Paciente de 79 años vista por dolor intenso en hombro, escápula y brazo derecho de 2 meses con aparición de vesículas mielocéricas en dicho territorio 20 días antes de ser vista y posterior debilidad motora (paresia 3-4/5). Se realiza RMN cervical sin alteraciones significativas.

Resultados:

La paciente fue ingresada, se realizó RMN cervical sin presentar alteraciones significativas, y tratada con analgésicos y Trileptal. Al alta persistía paresia braquial 4/5.

Conclusiones:

El tratamiento antiviral en el herpes zóster parece ser útil para atenuar los síntomas y disminuir las complicaciones. En algunos casos el uso de corticoides (prednisona 1 mg/kg) puede ser útil teniendo como base la posibilidad de una etiopatogenia inmunológica. El pronóstico funcional es favorable en 6-12 meses de evolución con recuperación hasta en el 70% de los casos.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 11

Urgencias por tóxicos y agentes externos

28
Congreso
nacional SEMES



URGENCIAS
evolucionando



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 11. URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

P-1635

INTOXICACIONES AGUDAS ATENDIDAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO DE TERCER NIVEL

A Gómez Prieto (1), MJ González Pimienta (2), R Rodríguez Borrego (1), AA Bajo Bajo (1), ME Santos Pérez (1), A. Martín Aires (1), IJ Cuadrado Blanco (1)

(1) Hospital Clínico Universitario de Salamanca, (2) Centro de Salud Barco Ávila. Villamayor, Salamanca

Palabras Clave: toxicology, epidemiology, emergency medical services

Objetivos:

Las intoxicaciones agudas constituyen un motivo frecuente en los Servicios de Urgencia Hospitalarios. En nuestro país el 3 al 5% de las Urgencias Médicas se deben a pacientes intoxicados, en nuestro hospital el 6%.

Material o pacientes y método:

Se estudiaron las intoxicaciones agudas atendidas por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Salamanca desde septiembre del 2010 hasta agosto del 2011 escribiéndose las características epidemiológicas, tipo de intoxicación, tóxico implicado, analítica toxicológica realizada, y tipo de tratamiento utilizado tanto la descontaminación como los antídoto empleados.

Resultados:

Se atendieron 692 pacientes intoxicados (0,60 % de todas las urgencias). La mayoría de las intoxicaciones acudieron al Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) entre las 21 y las 8 horas del día siguiente (Turno de noche). La edad media de los pacientes fue de 36,66 años, siendo el 59,97% varones y el 40,03 % mujeres. El tóxico implicado con mas frecuencia fue el Alcohol en el 38,14% de los casos seguido del los medicamentos el 23,97%, drogas con el 20,10% y gases el 11,73%. Según la causa de intoxicación se observó que eran accidentales el 20,05 %, voluntarias 26,41%, sobredosis 13,59% y alcohol 37,95 %. La clínica mas frecuentemente presentada fueron los síntomas neurológicos (39,05%), conducta (23,49%) y digestivos (12,49%) .

Conclusiones:

Las intoxicaciones agudas son una patología frecuente que precisa un enfoque especial y diferente al resto de las patologías atendidas en los Servicios de urgencias. Son mas frecuentes en varones (drogas y alcohol) y mujeres (medicamentos). La intoxicación mas frecuente fue la etílica seguida de la por medicamentos, presentando síntomas neurológicos la mayor parte de los intoxicados.

P-1636

INTOXICACIONES AGUDAS POR PRODUCTOS QUÍMICOS: 15 AÑOS DEL SISTEMA ESPAÑOL DE TOXICOVIGILANCIA

G Burillo Putze (1), A González Díaz (1), S Vargas Rodríguez (1), J Puigurriquer Ferrando (2), S Nogue Xarau (3), A Dueñas Laita (4), A Ferrer Dufol (5)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Canarias, (2) Servicio de Urgencias. Hospital Son Espases, Mallorca, (3) Sección de Toxicología Clínica, Servicio de Urgencias, Hospital Clínic. Barcelona, (4) Unidad de Toxicología. Hospital Universitario Río Ortega. Valladolid, (5) Unidad de Toxicología. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza

Palabras Clave: toxicología clínica, toxicovigilancia, intoxicaciones

Objetivos:

La Fundación Española de Toxicología Clínica (FETOC) mantiene un sistema de vigilancia epidemiológica de intoxicaciones por productos químicos.

Material o pacientes y método:

Estudio prospectivo observacional de los casos del SETv, integrado por 32 Servicios de Urgencias españoles (SUH), entre el 01/01/1999 y el 31/12/2014. El criterio de inclusión fue la exposición a productos químicos (gases tóxicos, gases irritantes, cáusticos, plaguicidas, detergentes, disolventes, metales y cosméticos), excluyéndose drogas, fármacos, animales o plantas. Se analizaron datos demográficos, características clínicas, métodos diagnósticos, terapéutica, gravedad de la intoxicación y evolución clínica.

Resultados:

Se registraron 10.548 casos. Se observó un incremento en el registro de forma progresiva, básicamente en 2013 y 2014. Los gases tóxicos constituyeron el agente responsable del 31%, seguido de los cáusticos y gases irritantes. La edad media fue de 38,41 años (SD 22,07). La mayoría de las intoxicaciones fueron domésticas (67%), seguidas por los accidentes laborales (15%) y tentativas de suicidio (11%). La vía de entrada más frecuente fue la respiratoria (47%), seguida por la digestiva (35%). Los signos y síntomas estuvieron presentes en el 55%, aunque no disponemos de datos del 23,6%. Hasta en el 52,9% de los casos, se produjo combinación de síntomas. El 76% precisó algún tipo de tratamiento. Un 10% precisó algún tratamiento descontaminante. Ingresaron un 20,6%. La estancia media fue de 32 días, encontrando diferencias estadísticas a favor de los intoxicados por plaguicidas (40 días). Hubo un 93% de altas por curación o mejoría. El 54,1% de los pacientes se fue de alta asintomático. Presentaron secuelas el 2,1% de los pacientes, fundamentalmente por cáusticos. La mortalidad fue del 1,4% (146 pacientes), con significación estadística en mayores de 75 años.

Conclusiones:

El SETv es una herramienta epidemiológica útil en la que los SUH tienen un papel fundamental. Complementa a las series del National Poisoning Database System y el TOXic norteamericanos. Respecto a las intoxicaciones en general hubo un mayor porcentaje de ingresos, gravedad y mortalidad.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 11. URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

P-1637

ATENCIÓN PREHOSPITALARIA AL PACIENTE INTOXICADO EN CATALUNYA

V Ferrés Padró (1), S Membrado Ibáñez (1), O Canales Cañas (1), A Gual Falip (2), FX Jiménez Fábrega (1)

(1) Sistema d'Emergències Mèdiques, (2) Hospital Vall d'Arán. Barcelona

Palabras Clave: atención prehospitalaria, envenenamiento, trastornos relacionados con sustancias

Objetivos:

Disponemos de escasos datos epidemiológicos, en ámbito prehospitalario, referentes a la atención de individuos que han estado expuestos a sustancias tóxicas. El diagnóstico habitualmente se basa en una sospecha clínica extraída de la información obtenida del propio individuo o testimonios, así como de los signos y síntomas registrados.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo de la tipología de asistencias por exposición a sustancias tóxicas realizadas por el SEM durante el año 2015 en Catalunya. Revisión de informes asistenciales y base de datos en soporte informático registrando los códigos diagnósticos de la valoración sindrómica según clasificación internacional de enfermedades Cie-9. Se recogen datos demográficos, localización de la asistencia, tratamiento realizado y centro asistencial derivado. Confidencialidad de datos personales. Análisis estadístico de variables.

Resultados:

Hubo un total de 152089 activaciones de Soporte vital Avanzado (SVA), de ellas el 2,94% (4475) estuvieron relacionadas con la exposición a sustancias tóxicas. El 56,8% fueron hombres. La franja de edad de mujeres y hombres entre los 18 y 65 años supone el 76,7%. El 15,7% fueron mayores de 65 años. Se intervino en domicilio el 53% de los casos y en vía pública el 38%. Una vez realizada la asistencia, se trasladaron a un centro hospitalario para su control evolutivo el 80,42%. Los tóxicos principalmente implicados han sido: alcohol 39,71% intoxicación por fármacos 30,39% intoxicación por gases 15,30%, intoxicación drogas (opiáceos, cocaína, cannabis, diseño) 10,05%, reacción adversa a fármacos 2,68%.

Conclusiones:

Los resultados obtenidos en nuestro estudio indican la elevada incidencia e importancia que este tipo de urgencia y emergencia generan en el ámbito prehospitalario, cuasi triplicando el número de las asistencias que por este motivo son referenciadas por los centros hospitalarios. Posteriores trabajos nos permitirán conocer y mejorar su manejo inicial.

P-1639

ESTUDIO DE LAS INTOXICACIONES ATENDIDAS POR LA UNIDAD DE SOPORTE VITAL AVANZADO EN TERRASSA EN EL AÑO 2015

L Castilla Monforte, MJ Moya Hernández, M Navarro Villanueva, A Valdés Castiello, G Molón Adell, J Ramírez Gea

Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona

Palabras Clave: intoxicaciones, voluntarias, autolisis

Objetivos:

Las intoxicaciones agudas representan el 15% del total de urgencias médicas. Es una patología frecuente que afecta preferentemente más a pacientes varones en edades juveniles. Las voluntarias son las más frecuentes (93%), intentos autolíticos (sobre todo en mujeres entre 16-20 años), alcohol y sobredosificación terapéutica.

Material o pacientes y método:

Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo de las intoxicaciones atendidas desde el 1 de enero del 2015 al 31 de diciembre del 2015, por la unidad de Soporte Vital Avanzado ubicada en el Hospital de Terrassa. Los datos a analizar son la edad, sexo, antecedentes personales, horario, lugar donde se produce, tipo de intoxicación, fármacos más frecuentes, si hay agitación psicocomotriz, y finalidad.

Resultados:

Se atendieron 84 pacientes intoxicados (4,2% del total de servicios anuales) con una edad media de 37,5 años de los cuales un 55,9% eran varones y un 44% mujeres. Un 75% tuvieron lugar en el propio domicilio y el horario más frecuente fue de 20 a 4 horas. Un 42,8% de los pacientes no presentaban antecedentes de interés y en un 17,8% la depresión era el más prevalente. Las intoxicaciones más frecuentes fueron las de humo (27,4%), medicamentosa (25%) y alcohol (22,6%), seguidas, con menos frecuencia por productos de limpieza y drogas. Los fármacos más presentes fueron las Benzodiazepinas (21,4%), Anti-epilepticos (3,5%) y Antidepresivos (2,4%). Un 19% de los intoxicados estaba agitado. En un 32,1% la intoxicación fue accidental, mientras que en un 38% fue por intento de autolisis. Se trasladaron 8 pacientes de forma involuntaria y hubo 1 éxitus.

Conclusiones:

Las Intoxicaciones representan el 4% de la actividad anual, entre edades de 30-40 años y mayoritariamente hombres. La mayoría son voluntarias con casi el 40% por intento de autolisis, los fármacos superan al alcohol y la agitación psicocomotriz se acompaña solo en el 10% y la mayoría son en el domicilio entre 20 y 4 horas, y solo se constata 1 éxitus. Entre las involuntarias destaca la intoxicación por humo.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 11. URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

P-1640

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES INTOXICADOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

A Gómez Prieto (1), MJ González Pimienta (2), AA Bajo Bajo (1), IJ Cuadrado Blanco (1), R Rodríguez Borrego (1), ME Santos Pérez (1), A Martín Aires (1)

(1) Hospital Clínico Universitario de Salamanca, (2) Centro de Salud Barco de Ávila

Palabras Clave: toxicology, epidemiology, emergency medical services

Objetivos:

Las intoxicaciones agudas son un motivo frecuente en los Servicios de Urgencia Hospitalarios. La Calidad es una herramienta necesaria para la mejora de la atención en lo SUH.

Material o pacientes y método:

Se estudiaron las intoxicaciones agudas atendidas por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Salamanca durante los meses de Enero de 2010. Junio del 2010 y enero del 2011. Se seleccionaron 15 de los indicadores de calidad (SEMESTOX).

Resultados:

1: disponer de protocolos de tratamiento específico para cada una de las intoxicaciones. Cumplimos VS, 2: disponer de antídotos y en cantidad para el tto de cualquier intoxicación. Cumplimos VSVS. 4: disponer de sonda orogástrica cumplimos VS. 5: (constancia de haber realizado ECG a todo paciente intoxicado por sustancia cardiotoxica). 6: La descontaminación digestiva. no cumplimos VS 9: no existir ninguna complicación de broncoaspiración en el uso del carbón activado. Cumplimos SV. 10: (Tratamiento con O2 a alto flujo más de 6 horas en los intoxicados por CO) nosotros cumplimos el estándar tras la intervención (11 (Administración adecuada de flumazenil a pacientes con Escala de Glasgow >12) no es cumplido VS 12 (Administración adecuada de naloxona a pacientes con Escala de Glasgow >12) tampoco cumplimos el estándar 17 (constancia de valoración por psiquiatra en las intoxicaciones aguda voluntaria con ánimo suicida) no cumplimos el estándar 19 (quejas o reclamaciones sobre la atención del paciente intoxicado) sólo es valorado este indicador en dos ocasiones cumpliendo en ambas el estándar. 20 y 21 (valorar el porcentaje mortalidad tanto de las IMA como las INMA), Nosotros también hemos cumplido estos dos indicadores. 22. Número de datos mínimos recogidos en la historia clínica. No cumplimos con el estándar

Conclusiones:

Cumplimos los indicadores de calidad 1, 2, 4, 9, 10, 19, 20 y 21; en los indicadores que no llegamos, observamos mejora tras los programas de formación e información con lo que estos programas son necesarios para mejorar la calidad de la atención en urgencias.

O-1642

DROGAS DE ABUSO. NUEVAS INCORPORACIONES AL MENÚ DE SUSTANCIAS

M Galicia Paredes, JR Alonso Viladot, S Nogué Xarau, E Salgado García

Hospital Clínic. Barcelona

Palabras Clave: intoxicaciones, drogas de abuso, emergencias

Objetivos:

El número y la variedad de sustancias accesibles en el mercado de las drogas de abuso está en constante evolución. La actualización profesional es difícil pero fundamental para proporcionar asistencia de calidad a nuestros pacientes.

Material o pacientes y método:

Se recogieron las historias clínicas de las asistencias urgentes derivadas del uso de drogas de abuso, identificadas por el médico que realizaba el diagnóstico. Posteriormente, se analizó cada caso cumplimentando la base de datos, que se analizó utilizando el programa SPSS V 21.

Resultados:

Se registraron 313 pacientes, 246 (78,6%) hombres, de 32 años de edad media (81,8% 25 años o más). El 64,5% (202 casos) fueron trasladados en ambulancia hasta urgencias. Si clasificamos las sustancias consumidas según sus efectos principales, observamos en nuestra muestra 159 drogas sedantes (36%) y 283 sustancias estimulantes (64%). Estos porcentajes no varían considerando que el consumo fuera único o de múltiples drogas. Además 196 pacientes (63%) consumieron concomitantemente alcohol etílico. Atendiendo a su familia química el menú se divide en: arilciclohexilaminas 16 casos (5%), cannabis 64 (20%), cocaína 160 (51%), feniletilaminas 103 (32%), GHB 73 (23%), opiáceos 22 (7%), nitratos orgánicos 10 (3%). La mayoría de los pacientes (63%) consumieron sólo una droga, 27% dos sustancias, 8% tres, y 1,5% cuatro drogas. Se registraron 2 fallecimientos, en pacientes que habían consumido anfetaminas y anfetaminas + cocaína, respectivamente.

Conclusiones:

Los pacientes asistidos por una reacción adversa aguda al consumo de drogas de abuso son de mediana edad y predomina el sexo masculino. Entre las drogas consumidas predominan las de efecto estimulante. Un tercio de los casos ha consumido al menos dos drogas ilegales y dos tercios han asociado bebidas alcohólicas. Se registraron dos fallecimientos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 11. URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

P-1643

INGESTIÓN DE CUERPOS METÁLICOS EN ADULTOS

J Gallardo Bautista, C Jiménez Hidalgo, JL Gálvez San Román,
E Oncala Sibajas, CF Bueno Mariscal, MC Navarro Bustos

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Palabras Clave: foreign bodies, metals, adult

Objetivos:

La ingestión de cuerpos extraños es un motivo infrecuente de urgencia, más frecuente en niños y de causa accidental. En adultos los más frecuentes son los bolos alimentarios mal masticados siendo menos frecuentes los de naturaleza metálica.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo sobre casos de ingestión de cuerpos metálicos recibidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Virgen Macarena desde 9- 2014 a 1- 2016 . Se recogieron las variables: Edad, Sexo, causa de ingestión, Antecedentes psiquiátricos, institucionalización e ingestión previa, Horas demora de llegada al hospital, Pruebas diagnósticas, Localización del cuerpo a su llegada Derivación desde urgencias, Estancia media, Tratamiento y resolución.

Resultados:

12 casos de ingestión de cuerpos metálicos, 2 mujeres y 10 hombres, Edad media 34,3 años (14-53) , 3 accidentales y 9 voluntarias. Cuerpo extraño ingerido único en las 3 accidentales y en las voluntarias 5 único y 4 múltiple. Cuerpo ingerido 3 puntiagudos (trozo de antena y 2 de alfileres) y 8 romos (reloj de pulsera, pilas AAA salinas o alcalinas, medalla, trozo de metal, horquilla, imperdible y piercing lingual). Antecedentes psiquiátricos: No en los accidentales, entre voluntarias todos menos uno tenían (2 trastornos de personalidad, 1 esquizofrenia, 1 Trastorno Obsesivo y 4 retraso mental), 2 pacientes procedían de prisión y otros 3 de residencias. Ingesta previa en 3. Demora a la llegada 2h 45 min localizándose el cuerpo extraño por RX abdominal (realizada en el 100%) o TAC (25%) entre estomago y duodeno en 50% de los casos. Se realizó endoscopia en 2 de los casos de objeto puntiagudo y el imperdible sin lograr localizarlo. Estancia media 4.4 días siendo derivados al alta desde observación 3 y 8 ingresados. Todos se resolvieron tras conducta expectante salvo 2 (1 alta voluntaria y 1 fuga.

Conclusiones:

La ingestión de cuerpos metálicos en adultos es una urgencia rara, su causa principal es voluntaria, más en varones con antecedentes psiquiátricos y procedentes de instituciones, su resolución espontánea sin complicaciones es la norma.

P-1645

DISTRIBUCIÓN TEMPORAL DE LAS INTOXICACIONES SEGUN EL TIPO DE TÓXICO

R Pedrero Alonso, A Martín Aires, A Gómez Prieto,
MJ González Pimienta, IJ Cuadrado Blanco, R Rodríguez Borego,
I Corbaco Cambero

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Palabras Clave: intoxication, toxic, temporary

Objetivos:

Las intoxicaciones agudas son un motivo frecuente en los Servicios de Urgencia Hospitalarios. Su distribución en función de los meses variara en función del tipo de tóxico.

Material o pacientes y método:

Se estudiaron las intoxicaciones agudas atendidas por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Salamanca desde septiembre de 2010 hasta agosto 2011.

Resultados:

Se observaron: En intoxicaciones por medicamentos un predominio en los meses de diciembre y enero; en las intoxicaciones por alcohol un predominio en meses de abril y junio; en las intoxicaciones por gases un predominio en los meses de enero y diciembre; en el resto de las intoxicaciones se observó distribución similar a las intoxicaciones generales.

Conclusiones:

Las intoxicaciones según su etiología se distribuyen de diferente manera según los meses del año. Observándose un factor climatología predisponente en las intoxicaciones por gases, con un claro predominio en los meses fríos, mientras en las intoxicaciones por alcohol se observa un claro predominio en los meses que empiezan las fiestas patronales en los pueblos y despedidas de soltero.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 11. URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

O-1646

INTOXICACIÓN ETÍLICA EN UNA GRAN CIUDAD. VISIÓN DESDE LA EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

LL Zubillaga Carmona, C Navarro López-Fando, MJ Polo Sánchez,
AA Zubillaga Carmona, MC Castillo Ruiz de Apodaca,
S González Rodríguez, JJ Giménez Mediavilla

SAMUR-PC. Madrid

Palabras Clave: medical emergencies, alcohol consumption,
young patient

Objetivos:

El consumo de alcohol es un hábito ampliamente extendido en nuestro país, aceptado socialmente y fácil de adquirir incluso en menores de edad. Los equipos de emergencias atienden a numerosos pacientes con diverso grado de afectación por este consumo, siendo una de las patologías más frecuentes.

Material o pacientes y método:

Estudio de prevalencias. Inclusión pacientes diagnosticados de intoxicación etílica que son atendidos por un recurso avanzado y son trasladados a hospital para valoración y tratamiento definitivo. Ámbito: Servicio de emergencia extrahospitalario Ciudad de Madrid. Periodo: 2015 Variables: epidemiológicas (edad, sexo, día de la semana y horario). Antecedentes personales. Síntomas asociados: ideación o intento autolítico, presencia de traumatismo craneo encefálico (TCE), consumo drogas, no colaboradores. Estadística medidas centrales y de dispersión frecuencias relativas y absolutas. Contraste de hipótesis: normalidad y chi cuadrado $p < 0.05$.

Resultados:

N = 430, mediana edad 43 (IQR: 27-52) el 67.1% (275p) son varones (36 mujer vs 44 varón) ($p < 0.001$), edad inicio 14 en mujeres, 17 en varones. El 20.5% (84p) atendidos el sábado. El 52.9% (217p) horario de tarde. Antecedentes: Diabetes 5.9% (24p), Alcoholismo crónico 29.8% (122p), Psiquiátricos 16.6% (68p). Refieren problemas sociales 17.3% (71p) El 6.6% (27p) refiere ideación autolítica y el 1.7% (7p) intento autolítico. Un 19.5% (80p) presenta TCE tras caída. El 24.4% (100p) no colaboran El 10.5% (43p) asocian consumo drogas. Grupo 1 <25 años: n=86 Media edad 19 (DE: 3,5), 52.3% (45p) mujeres, (18 mujer vs 20 varón) ($p = 0.043$). 73.2% (63p) de las atenciones de viernes a domingo, en horario nocturno 53.5% (46p), asociando consumo drogas el 20,9% (18p). Grupo 2 > 25 años sin antecedentes alcoholismo: n=192. Media edad 47 (DE: 13.3) (46 mujer vs 47 varón) ($p = 0.51$) el 70,3% (135p) varones. El 26.0% (50p) presentan TCE. Grupo 3 > 25 años alcohólico crónico: n=122. Media edad 49 (DE 12.2), 75,4% (92p) varones (44 mujer vs 51 varón) ($p = 0.004$). El 65,5% (80p) de las atenciones son de tarde. Antecedentes psiquiátricos el 30.3% (37p). Problema social 31.1% (38p).

Conclusiones:

Se definen los dos perfiles de consumidores de alcohol descritos en la bibliografía, pudiendo observar un subgrupo con unas características especiales: mujer muy joven consumidora de alcohol los fines de semana por la noche que asocia a este consumo drogas de abuso y es necesario su traslado hospitalario.

P-1647

TRANSPORTE EN VEHÍCULOS DE EMERGENCIAS SANITARIAS DE LAS INTOXICACIONES EN LA INFANCIA

A Benito Justel (1), MA Castro Villamor (2), A Dueñas Laita (3)

(1) UME. Miranda de Ebro, (2) Centro de Salud Delicias-La Cistérniga. Valladolid, (3) Toxicología Clínica. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Palabras Clave: toxicología, niño, ambulancias

Objetivos:

En la actualidad, los jóvenes tienen un fácil acceso a sustancias que ocasionan intoxicaciones, y éstas ocurren cada vez con más frecuencia. Por otra parte, el número de vehículos de emergencias sanitarias ha aumentado, así como la demanda de los mismos por estos pacientes.

Material o pacientes y método:

Se diseña un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de los pacientes menores de 18 años, no inclusive, que fueron trasladados en vehículos de Emergencias Sanitarias y atendidos en las urgencias pediátricas y generales de un hospital de tercer nivel entre el 1 de Enero de 2006 y el 31 diciembre de 2010.

Resultados:

Se recogen 592 pacientes, de los cuáles 235 acuden en vehículos de Emergencias Sanitarias (39,69%), en soporte vital básico el 99,58%. Características de este grupo de pacientes: Edad media 15,02+/- 2,48 años, varones 51,9%. El mes con mayor afluencia es Septiembre (11,9%), y el horario de 20 a 2 de la mañana (75,7%). El 68,1% no presentan antecedentes personales relevantes. La intoxicación principal fue la etílica (84,3%), seguida por monóxido de carbono (5,5%), medicamentosa (3,8%), cannabioides (2,1%), productos estimulantes (1,3%), productos de limpieza (0,9%) y por otros agentes (2%). El tiempo medio de estancia en el servicio de urgencias es de 256,29 +/- 188,24 minutos. En el 81,3% de los casos se realizan pruebas hospitalarias, se administra tratamiento en el 78,3% (lavado gástrico y carbón activado en el 4,3%). El 94% de los casos reciben alta domiciliaria, el 3% ingreso hospitalario y el 3% derivación a consultas externas.

Conclusiones:

El porcentaje de menores intoxicados que acuden a urgencias hospitalarias en vehículos de emergencias sanitarias es alto, siendo la mayoría intoxicaciones etílicas. Se realizan numerosas pruebas y se administran tratamientos que no parecen necesarios, ya que el 94% de los pacientes son dados de alta al domicilio.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 11. URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

O-1648

TENTATIVA AUTOLÍTICA POR FÁRMACOS. RASGOS DIFERENCIALES

O Pallás Villaronga, C Clemente Rodríguez, M Marín Casino,
X Calpe Perarnau, I Cirera Lorenzo, A Supervía Caparrós

Hospital del Mar. Barcelona

Palabras Clave: intoxicaciones por fármacos, tentativa autolítica, urgencias

Objetivos:

Los fármacos representan la segunda causa más frecuente de intoxicaciones que son atendidas en los servicios de urgencias hospitalarios.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo de las intoxicaciones medicamentosas visitadas en Urgencias durante el periodo 2009 a Junio de 2014. Los pacientes se dividieron en dos grupos: intención autolítica o accidental. Se recogió filiación, procedencia, lugar de la intoxicación, fármaco implicado, antecedentes de intoxicaciones previas y psiquiátricos, uso de antidotos, destino y cumplimiento de comunicado judicial.

Resultados:

Durante el periodo de estudio se recogieron 3047 intoxicaciones (1074 por fármacos). Los intoxicados con ideación suicida tenían una edad media superior a los de causa accidental (36 (16) vs 30 (11) años, $p < 0.001$), predominaba el sexo femenino (57,7% vs 48,6%, $p=0.004$), tenían más antecedentes psiquiátricos (78,4% vs 63,6%, $p<0.001$) y se intoxicaron más frecuentemente en domicilio (82,4% vs 59,5%, $p<0.001$). Los fármacos más frecuentemente utilizados fueron las benzodiazepinas (69,4% vs 67,6%, $p=ns$). Los pacientes con intencionalidad suicida utilizaron más frecuentemente neurolépticos (17,7% vs 11,3%; $p=0.016$), antidepresivos (22,7% vs 10,7%, $p<0.001$), paracetamol (12,4% vs 2,9%, $p<0.001$) y AINE (14,6% vs 1,3%, $p<0.001$) y menos frecuentemente opiáceos (5,5% vs 15,3%, $p<0.001$) y digoxina (0,3% vs 20,8%, $p<0.001$) y utilizaron más de un fármaco con mayor frecuencia (28,4% vs 13,5%, $p<0.001$), asociaron drogas de abuso con menor frecuencia (24,9% vs 75,1%, $p<0.001$). No existían diferencias en el consumo concomitante de alcohol (41,8% vs 58,2%). No se observaron diferencias en la administración de antidotos, pero sí en la administración de carbón activo (46,4% vs 8,6%, $p<0.001$). El destino mayoritario fue el alta a domicilio, si bien los pacientes con ideación suicida precisaron mayor porcentaje de ingresos en Psiquiatría (4,3% vs 1,4%) y UCI (8,4% vs 1,4%) ($p=0.034$). El comunicado judicial fue cursado en un 25,8% de los pacientes con intención autolítica por un 15,5% de los pacientes intoxicados accidentalmente ($p<0.001$). Se realizó consulta urgente al psiquiatra de guardia en el 86,6% vs 23,3% ($p<0.001$).

Conclusiones:

El fármaco más frecuentemente implicado son las benzodiazepinas, hay un importante porcentaje de poliintoxicación y se asocia alcohol en casi la mitad de casos. Las intoxicaciones autolíticas por fármacos precisan ingreso en Psiquiatría y UCI con mayor frecuencia. La implementación del comunicado judicial es baja.

P-1649

INTOXICACIONES AGUDAS EN EL ÁREA VI DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD Y SUS DIFERENCIAS CON OTROS ESTUDIOS.

M Baeza Mirete (1), ML Teruel Vegara (1), MA Ruiz Cantalejo (2),
A García Ayuso (2)

(1) Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia (2)
Calderdale and Huddersfield Trust Fundation

Palabras Clave: prevalencia, urgencias, tóxico

Objetivos:

La toxicología es la ciencia que estudia las sustancias de diverso origen usadas por el hombre desde la antigüedad por sus efectos nocivos, afrodisíacos o venéreos. Un tóxico es toda aquella sustancia que producirá un efecto nocivo sobre un ser vivo, que puede ser una intoxicación aguda, crónica o de otro tipo y en la que intervienen diversos factores. En los últimos años, la prevalencia de las intoxicaciones agudas diagnosticadas en los servicios de Urgencia han ido en aumento, por lo que con esta investigación pretendemos analizar los datos que se desprenden de la valoración de este tipo de sucesos acaecidos en el Área VI del Servicio Murciano de Salud.

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 de referencia del Área VI del Servicio Murciano de Salud por intoxicación aguda voluntaria durante un año.

Resultados:

Durante el periodo del estudio fueron atendidos en el Servicio de urgencias un total de 76.375 pacientes de los que 779 lo fueron por intoxicación aguda. Esto representa el 1,02% del total de las urgencias atendidas en este periodo. Los tóxicos más empleados fueron, el alcohol (47,9%), medicamentos (32%), drogas de abuso (9,9%), gases (3,3%), picaduras o mordeduras (3,3%), productos de uso domestico (3,1%), productos de uso agrícola (0,5%).

Conclusiones:

La prevalencia de nuestro estudio (1,02%) es mayor a la de los estudios de Munné (0,47%), Caballero Vallés (0,65%) o Burillo-Putze (0,77%). Los tóxicos más empleados son el alcohol y los medicamentos por lo que mejorando la educación para la salud y el control de estos tóxicos podríamos disminuir su incidencia.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 11. URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

P-1650

ANÁLISIS DE LAS INTOXICACIONES AGUDAS MEDICAMENTOSAS ATENDIDAS EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

M Torres Oliveros, L Fernández Gutiérrez, P Miró Botella, J Cano Fernández, C Ferrer Palazón, S Castellví Sainz

Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Barcelona

Palabras Clave: intoxicaciones, urgencias, medicamentos

Objetivos:

Las intoxicaciones agudas son un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias (SU). Nuestro hospital es centro de referencia de patología psiquiátrica, por lo que presuponemos que el mayor volumen de intoxicaciones es de origen medicamentoso.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo de las IA atendidas en nuestro hospital durante el año 2015. Se recogieron datos epidemiológicos y clínicos de las de causa medicamentosa. Se analizaron con el programa Access.

Resultados:

En el año 2015 se atendieron en nuestro SU 88287 casos (incluyendo Ginecología y Pediatría) de los cuales 278 (0,3%) fueron intoxicaciones agudas. El 15,1% fueron pacientes de edad menor a 15 años (siendo la mayor parte de ellas en contexto de ingesta accidental). El 16,5% de los totales fueron derivados de otros centros únicamente para valoración psiquiátrica urgente por sectorización. Entre las IA en adultos que acudieron directamente a nuestro hospital (190 casos) 20 fueron accidentales (siendo los fármacos más habituales el acenocumarol, digoxina y litio) y 170 fueron voluntarias. De estas últimas, 83 (48,8%) fueron intoxicaciones por enol y drogas de abuso y 87 (51,2%) fueron medicamentosas. El fármaco más utilizado fue la benzodiazepina sola o en combinación con otros. En todos los casos constaba la evaluación inicial del nivel de conciencia, aunque en la mayoría de ellos no se utilizaron escalas objetivas. El método de descontaminación más empleado fue el carbón activo en dosis única, seguido de la administración de flumazenilo. En un alto porcentaje fueron dados de alta directamente desde el SU.

Conclusiones:

En nuestro SU la causa más frecuente de intoxicación aguda es la medicamentosa, siendo la mayoría voluntaria. Los fármacos más empleados son las benzodiazepinas, probablemente debido a una alta prevalencia de patología psiquiátrica en estos pacientes. Se trató, en la mayor parte de casos, de intentos de baja letalidad que fueron resueltos directamente desde el SU.

P-1651

INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

A Rocha Dávila, A Puig Vergés, M Planchart Madeo, R Fuentes Martínez, J Menacho Gabardino

Parc Hospitalari Martí i Julià. Girona

Palabras Clave: intoxicación alcohólica, agresión, hemorragia cerebral

Objetivos:

El paciente con intoxicación alcohólica es un paciente conductualmente complicado y que distorsiona el servicio. Por ello no se le suele prestar mucha atención y puede presentar complicaciones serias. Tras haber presenciado algún episodio de complicaciones potencialmente letales en alguno de nuestros pacientes, y dada la complejidad de los cuadros clínicos que pueden presentar, creemos necesario dar un toque de atención sobre el tema.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo transversal de una muestra de 125 pacientes que acudieron a urgencias por intoxicación alcohólica o problemas derivados de ella, como caídas accidentales, agresiones o alteración del nivel de conciencia. Se analizan variables como sexo, edad, consumo de drogas o episodio de agresión asociado, nivel de triaje, tiempo de estada en el servicio y complicaciones que han presentado.

Resultados:

De los 125 casos, la mayoría (64%) eran hombres, de edades comprendidas entre 18 y 35 años (56,8%). Cabe destacar que este perfil se invierte en la franja de menores de 18, que mayoritariamente son mujeres (81%). El 66% presentaba lesiones por agresión y solamente el 31% había consumido algún tipo de sustancia asociada. En triaje, a la mayoría de pacientes (63,2%) se les asignó un nivel IV y solamente se asignaron niveles III y V al 28% y 8,8% respectivamente. En el 95% de los casos el Glasgow a la entrada era de 15 y el tiempo medio de estada en el servicio fue de 2,5h. De los 125 casos, 11 (8,8%) presentaron complicaciones potencialmente graves y la mayoría (81,8%) necesitaron ingreso hospitalario (2 por lesiones cerebrales, 1 por SDRA por broncoaspiración y 6 por descompensación de su enfermedad psiquiátrica de base).

Conclusiones:

El paciente intoxicado por alcohol puede presentar complicaciones y, a pesar de ser poco frecuentes (>10%) estas son potencialmente graves, especialmente cuando hay drogas asociadas o cuando hay sospecha de traumatismo. Valorar adecuadamente a estos pacientes y no banalizar el cuadro, a pesar de ser un paciente desagradable, ayudará a disminuir la morbi-mortalidad.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 11. URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

P-1652

REVISIÓN SOBRE LA EVOLUCIÓN DEL LAVADO GÁSTRICO

MJ García Fajardo (1), C Vilchez Rodríguez (2), E García Fajardo (3)

(1) Empresa Pública Hospital de Poniente. El Ejido, (2) Cruz Roja. Granada, (3) Empresa Pública Hospital de Poniente. Almería

Palabras Clave: intoxicación, urgencias, actuación

Objetivos:

Las intoxicaciones constituyen la quinta causa de muerte por una lesión no intencionada en la región europea según la Organización Mundial de la Salud, siendo la técnica del lavado gástrico una de las medidas terapéuticas utilizadas en estos casos.

Material o pacientes y método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica, sobre la actuación ante las intoxicaciones, en las bases de datos: Pubmed, sCielo y la Biblioteca Cochrane Plus. Utilizando las palabras clave: Intoxicación, Urgencias, Actuación (Fuente: DeCS, BIREME), en español y en inglés. Teniendo como criterio de exclusión aquellos artículos que no fueron publicados en los últimos 10 años, para valorar esta evolución.

Resultados:

Se identificaron unos 80 artículos primarios, de los que se seleccionaron 10 por cumplir nuestros criterios de inclusión-exclusión. Los estudios encontrados reportaban resultados diferentes. En cuanto a los estudios más antiguos, muestran una clara efectividad del lavado gástrico en los casos de intoxicaciones. Por otra parte, algunos estudios más actuales demuestran que el lavado gástrico como tratamiento de las intoxicaciones, está muy desacreditado, frente a la efectividad demostrada del carbón activo. Por ello, el lavado ya no es un procedimiento de rutina en el tratamiento de las intoxicaciones aunque en la práctica de muchos hospitales, sigue practicándose como protocolo. De ahí, la importancia de investigar o realizar revisiones para basar nuestra práctica en la evidencia disponible.

Conclusiones:

La evolución de la utilización del lavado gástrico para las intoxicaciones en los servicios de urgencias ha pasado de ser un procedimiento rutinario, a contemplarse solo como una opción ante la ingesta reciente de dosis consideradas como letales y, muy en particular, cuando el tóxico no es absorbible por el carbón activado.

P-1654

SONDAJE OROGÁSTRICO EN PACIENTES QUE PRESENTAN INTOXICACIONES AGUDAS

L Ruiz López, E Hernández Hernández, L Luna Granizo

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

Palabras Clave: intoxicación, orogástrico, técnica

Objetivos:

Las situaciones de intoxicación aguda son motivos de consulta de relativa frecuencia en Servicio de Urgencias y Emergencias, alcanzando el 2% de motivos de asistencia. El tratamiento se basa en disminuir la absorción, aumentar la eliminación y bloquear el efecto. En ocasiones las técnicas empleadas no son las que soportan mayor evidencia e indicación por lo que consideramos pertinente realizar una revisión de la literatura acerca de las técnicas realizadas.

Material o pacientes y método:

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica obteniendo escasos resultados de estudios en los últimos años.

Resultados:

La European Association of Poison Centres and Clinical Toxicologist/ American Academy of Clinical Toxicology postulan que se ha de evitar la aplicación rutinaria de lavado gástrico reservándola a pacientes con intoxicaciones graves dado que puede presentar complicaciones y no en todos los pacientes es una técnica efectiva, asimismo consideran la pérdida de reflejos protectores de vía aérea no aislada, la ingesta de cáusticos o hidrocarburos y el riesgo de hemorragias digestivas altas como contraindicaciones para el lavado gástrico. Burillo et al. realizaron un estudio multicéntrico en España obteniendo resultados de sondaje digestivo en 45.22% (12.3% orogástrico). Bugarín et al. se inclinan hacia el tubo orogástrico dado que permite evacuar pastillas enteras. La técnica se ha de realizar con una sonda de Faucher 36-40F en adultos con el paciente en decúbito lateral izquierdo en Trendelenburg aspirando el mayor contenido gástrico posible tras alcanzar cámara gástrica y administrando 150-300 mL de suero o agua hasta en 12 ocasiones extrayendo posteriormente el tubo tras oclusión proximal del mismo.

Conclusiones:

Tras la revisión bibliográfica realizada concluimos el sondaje orogástrico con el paciente en posición de Trendelenburg en decúbito lateral izquierdo como la técnica de elección en las situaciones de intoxicación aguda por vía digestivas de sustancias que se puedan eliminar por dicha vía. Las técnicas de descontaminación orogástrica no siempre se emplean en situaciones indicadas por lo que consideramos que es necesario estandarizar las técnicas de enfermería en los Servicios de Urgencias y Emergencias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 11. URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

P-1656

ASISTENCIA A PACIENTES INTOXICADOS EN DOS HOSPITALES DE GIRONA

MA Gispert Ametller, ME Guerrero González, C Ramió Lluch, M Tarrés Abella, EA Palacios Sánchez, R Aguilar Salmerón, R Fera Gil

Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta. Girona

Palabras Clave: intoxicación, fármacos, drogas

Objetivos:

Se analizan los datos epidemiológicos de las intoxicaciones atendidas en los servicios de urgencias de dos hospitales de Girona.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de las consultas urgentes derivadas de intoxicaciones agudas o crónicas en nuestra zona.

Resultados:

Durante el año 2015 se atendieron un total de 733 pacientes en las urgencias de los dos centros, lo que significa un 0.66% de las urgencias del hospital Trueta (HT) y un 0.70% del total de urgencias del Hospital Santa Caterina (HSC). La estancia media de los pacientes dados de alta fue de 15.42 horas en el HT y de 4,46 horas en el HSC. Un 83.49% de los pacientes fueron dados de alta. Un 11,46% precisaron ingreso hospitalario. La mortalidad fue de un 0.27%. La causa de las intoxicaciones por orden de frecuencia fue: fármacos (44-45%), alcohol (26-18%), drogas de abuso (16-14%), setas (5-0%), gases (2-7%), productos domésticos (3-3%), intoxicaciones alimentarias (3-7%) y otras causas (1-6%). Los pacientes que precisaron ingreso en su mayoría fueron por intoxicaciones farmacológicas, con un promedio de 7.43 días de ingreso.

Conclusiones:

Las intoxicaciones por fármacos, alcohol y drogas son los motivos de consulta mas frecuentes en pacientes intoxicados atendidos en nuestras urgencias. La mortalidad derivada de una intoxicación es inferior a la mortalidad global.

P-1657

EXPOSICIÓN A GAS TÓXICO KRIPTON 85

M Sánchez Moreno, JF Rodríguez Fernández, S Sánchez Martínez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Palabras Clave: Kriptón 85, medicina nuclear, radiación gamma

Objetivos:

Saber qué hacer ante un paciente que ha sufrido exposición a un gas tóxico

Material o pacientes y método:

Varón sin antecedentes de interés, técnico de mantenimiento de empresa de control de aire atmosférico, que acude a urgencias derivado de clínica particular, por exposición 72 horas antes y durante 45 minutos al gas tóxico Kriptón 85 (gas inerte que puede estar asociado a complicaciones dosis dependiente neumológicas, gástricas, hematológicas y neumológicas) Terminó su trabajo el viernes y al volver al trabajo tras el fin de semana, detecta que su medidor Geiger no daba medición. Lo comunica a los responsables de Protección radiológica y tras esto es derivado a clínica privada y ahí a nuestro hospital para ser valorado por la unidad de Medicina Nuclear. Se decidió aislamiento del paciente del resto de pacientes de urgencias, se encontraba asintomático, salvo leve cefalea y el examen físico y los resultados de laboratorio no revelaron ninguna anomalía. Tras comunicar el caso con Medicina Nuclear, se procede a medición con detector Geiger VICTOREEN 415P y con detector contador proporcional BERTHOLD LB-131 no encontrándose restos de radiación gamma en la superficie corporal del paciente. Para mayor seguridad, se realiza nueva detección en Gammacámara Symbiat (es el detector de mayor sensibilidad en nuestro hospital) sin que se encuentre tampoco emisión gamma. Se toman muestras de orina para su posterior medida (detección de radiación beta).

Resultados:

Se decide alta y se le indica volver al día siguiente para nueva valoración por Medicina Nuclear. El caso se puso en conocimiento de los responsables superiores del trabajador y su servicio de prevención de riesgos laborales. Además se informó al Consejo de Seguridad Nacional.

Conclusiones:

Conocer los recursos que disponemos en el hospital, facilita el manejo de una patología no muy habitual en urgencias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 11. URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

P-1667

NO ME MUERDAS...

V Alcover Medina, A Peiro Gómez, E Fuentes Miguel,
Y Donat Sanz, C Ligorit Palmero, A Vigo Peiro, T Blanco Barcenilla

Hospital de Liria. Valencia

Palabras Clave: snake bite, ophidian envenomations,
emergency care

Objetivos:

Aunque la mordedura de serpiente es una urgencia relativamente rara, es la intoxicación más frecuente por veneno de animales terrestres. En España se estiman de 100-150 ingresos anuales y 3-5 muertes al año, siendo los niños los más gravemente afectados. A propósito de un caso de mordedura de serpiente, atendido en nuestro Servicio Urgencias Hospitalario, hemos hecho una revisión del tema, haciendo especial hincapié en la distinción entre los ofidios que son venenosos y los que no lo son.

Material o pacientes y método:

El veneno de las culebras es muy poco tóxico y el de las víboras es intensamente citotóxico, hemotóxico, cardiotóxico y nefrotóxico, llegando incluso a producir la muerte del afectado. El veneno de las víboras es una mezcla de: proteínas de alto peso molecular (causantes de las reacciones anafilácticas) polipéptidos (parálisis respiratoria y depresión cardiovascular con hipotensión) y enzimas citolíticas y hemolíticas. Los síntomas de la mordedura dependen de la cantidad, potencia y naturaleza del veneno, variables en cada especie de serpiente. Desde Grado 0 (Ausencia reacción local.) hasta grado 3: reacción local que desborda la extremidad, ocasionando rhabdomiolisis, fracaso renal agudo y coagulación intravascular diseminada.

Resultados:

La analítica es la prueba que mas ayuda a estimar la gravedad del envenenamiento. Son criterios de gravedad: leucocitosis mayor de 15.000, trombocitopenia menor de 150.000, actividad de protrombina <60% y fibrinógeno menor de 200 mg/dl. Tratamiento hospitalario: soporte hemodinámico y respiratorio: cristaloides, coloides, derivados sanguíneos, oxígeno. Hemodiálisis. HBPM, analgésicos. Tratamiento específico: suero antiofidio, que se administrará tras prueba de sensibilidad y según la especie esté identificada o no.

Conclusiones:

En nuestro caso, la paciente tuvo la buena idea de traer el ofidio a urgencias, lo que permitió la identificación de la especie no venenosa (Culebra bastarda, Malpolon monspessulanus, guardando recuerdo fotográfico de dicha especie).

P-1674

COFFEE

IM Fernández Guerrero, AL Mora Gómez, MB Moltó García,
RM Martín Vélez, J Sánchez López, J Roca Guiseris

Complejo Hospitalario de Granada

Palabras Clave: caffeine-substance, abuse-substance, related disorders

Objetivos:

El efecto estimulante de la cafeína es bien conocido, y aunque sobre el café hay estudios a su favor y otros en su contra, no se le puede negar que en urgencias, donde se trabaja permanentemente durante 24 horas, o con turnos nocturnos activos, sí que el efecto del café puede ayudar a mantener la actividad evitando el sueño y la fatiga.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional retrospectivo. Se entregó un cuestionario al personal de urgencias (médicos, enfermería y auxiliares) en el que constaba turnos de mañana, tarde, noche y guardias y se recogía el número y tipo de tazas de café durante cada uno de ellos en los últimos 10 turnos de trabajo. Se incluyó también edad y sexo.

Resultados:

La muestra consta de 52 personas, edad: 15 (28,8%) con menos de 40 años, 14 (26,9%) de entre 40-49 años, y 23 (44,2%) mayores de 50 años. $\bar{X}$: 46,3, DT: 10,5. Sexo: 13 hombres (25,0%) y 39 mujeres (75,0%). Profesión: Auxiliar de Enfermería: 10 (19,2%), Enfermera/o: 21 (40,4%), médico adjunto: 15 (28,8%) y médico residente: 6 (11,5%). - Existen diferencias en la ingesta de cafeína en toda la muestra (SI: 84,6 % versus NO: 15,4 %) según test exacto de Fisher ($p < 0.0001$). - No existe correlación (ϕ de Kendall = 0,02, $p = 0.87$) entre edad como medida de razón directa, sin intervalos y nº de cafés. - No existen diferencias entre tipos de café (p mínima > 0.10). - En el grupo de los médicos adjuntos aumenta el consumo de café en las guardias comparado con los turnos. Hay diferencias significativas entre el grupo de médicos adjuntos ($\bar{X} = 6.0$) y el grupo de médicos residentes ($\bar{X} = 10.4$) en el número de cafés durante las guardias.

Conclusiones:

No se detecta diferencias significativas en la ingesta por edad y sexo. Sólo entre las categorías profesionales de médicos adjuntos y residentes se observan algunas diferencias estadísticamente significativas, con un mayor consumo de médicos residentes.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 11. URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

P-1676

LA DIVERSIDAD CULTURAL Y SU PATOLOGÍA: URGENCIAS COMO PUERTA DE ENTRADA

**M García Zurita, E Pascual Pastor, G Prado Paz, P Sánchez López,
I Atienza Garrido, R Díaz Contreras, S González Caminero**

Servicio de Urgencias. Hospital de Manises. Valencia

Palabras Clave: tetrodotoxina, síndromes de neurotoxicidad,
tetraodontiformes

Objetivos:

La intoxicación por alimentos es una consulta frecuente en el servicio de Urgencias. Actualmente, los flujos migratorios obligan al personal sanitario a conocer patologías poco frecuentes en nuestro país. El pez globo es una exquisitez culinaria típica pero no exclusiva del este asiático. La molécula implicada es la tetrodotoxina (TTX), cuya mortalidad es superior al 50%. Los síntomas aparecen en escasos minutos cuando es inyectada o inhalada, y hasta 3 horas cuando es ingerida. El primer síntoma son parestesias en labios y lengua y posteriormente en cara y extremidades. En ocasiones asocia cefalea, náuseas o vómitos, diarrea, epigastalgia e inestabilidad de la marcha. Dicha toxina bloquea el Sistema Nervioso Autónomo con una disminución de la secreción gástrica, midriasis, hipersalivación e hiperglucemia. En la segunda etapa progresa la parálisis con debilidad generalizada, mioclonías, convulsiones, alteraciones en el habla, insuficiencia respiratoria, arritmias cardíacas e hipotensión. El tratamiento del tetrodotoxismo consiste en limitar la absorción y aliviar la sintomatología, puesto que no existe antídoto.

Material o pacientes y método:

Mujer de 31 años, sin antecedentes médicos de interés, que acude por pérdida de fuerza en extremidades y parestesias en manos, con alteración de la marcha, vómitos, edematización lingual y labial e hipersalivación posterior. En la exploración presenta: tendencia al sueño, Glasgow 14. Disartria. Pérdida de fuerza de extremidades 3/5. Eupneica, con disminución del murmullo vesicular y roncus aislados. Resto de exploración anodina. En la anamnesis a familiares se evidencia ingesta de pez globo por lo que se inicia tratamiento con lavado gástrico, carbón activado, fluidoterapia y diuréticos. En la analítica destaca hipoxemia con leve hipercapnia. Durante su estancia en UCI no precisa soporte ventilatorio con buena evolución, procediendo al alta hospitalaria a la semana de su llegada.

Resultados:

Gracias a una sospecha diagnóstica precoz se logró una evolución satisfactoria.

Conclusiones:

La diversidad cultural obliga a una constante actualización para actuar precozmente ante la patología grave importada.

P-1684

FACTORES DETERMINANTES EN LA ACTUALIDAD ANTE LA INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO

**M Alcalá Navas (1), A Callado Pérez (2), A Callado Pérez (3),
F Callado Moro (1)**

*(1) Hospital Universitario de Burgos, (2) Farmacéutica,
(3) Université Laval. Quebec, Canadá*

Palabras Clave: monóxido de carbono, envenenamiento, oxígeno

Objetivos:

El monóxido de carbono es un gas inodoro, incoloro y no irritante que puede causar importantes daños e incluso la muerte al ser inhalado, debido a la gran afinidad de dicho gas por el grupo hemo, unas 220 veces mayor que el oxígeno, sustituyéndolo y formando la molécula carboxihemoglobina incapaz de transferir oxígeno a órganos y tejidos. Personas mayores con comorbilidad, niños y embarazadas son más sensibles a este envenenamiento. La causa más habitual de dicha intoxicación son accidentes domésticos provocados por la mala combustión de sustancias como carbón, gasolina o madera en calderas, calentadores, estufas, hornillos y chimeneas.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo de casos de intoxicación atendidos en el hospital universitario de Burgos desde el mes de Enero de 2015 a Febrero de 2016.

Resultados:

Analizamos un total de 33 intoxicaciones: 31 accidentes domésticos (15 incendios, 13 inhalación de gas, 5 humo de leña), 8 familiares, 18 mujeres y 15 hombres cuya edad media es de 47 años, 6 extranjeros. Más frecuente en meses fríos, Noviembre (7) y Enero (7), 20 en sábados y festivos y 13 en días laborables. Destaca el distrito 09002 donde hubo más intoxicaciones (9). A todos se les realizó coximetría, 12 llegaron con oxigenoterapia y 21 sin tratamiento. No aparecía clínica en 10 casos, el resto patología respiratoria y neurológica. Se trató con oxígeno a alto flujo a 30 pacientes. Recibieron el alta 24, pasaron a camas 8 con una estancia media de 4.3 horas y 1 ingresó en planta.

Conclusiones:

Mayor incidencia de intoxicaciones en sábados y festivos por mayor tiempo de exposición a las fuentes de emisión, en meses de invierno y en zonas antiguas de la ciudad con sistemas de calefacción precarios o anticuados. En las zonas rurales destaca la intoxicación por humo de leña como principal emisor.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 11. URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

P-1689

ESTUDIO DE LAS DIFERENCIAS DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ADOLESCENTES ENTRE LOS DÍAS FESTIVOS Y LOS LABORABLES Y SU REPERCUSIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIA

B Martín Pérez (1), L Delgado Alonso (2), C Imaz Roncero (3), N López Herrero (1), A Dueñas Lata (4), R Rodríguez Calzada (5), A Espinal Papuico (1)

(1) Médico Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Río Hortega, (2) Médico Svb Mediatizado de Medina de Rioseco, (3) Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Universitario Río Hortega, (4) Unidad de Toxicología Clínica. Hospital Universitario Río Hortega, (5) Médico Ume I. Valladolid

Palabras Clave: intoxicación alcohólica, adolescente, servicio de urgencia en hospital

Objetivos:

El patrón de consumo de alcohol de los adolescentes en nuestro medio, se ha modificado en los últimos años experimentando un aumento en el sexo femenino y una bajada en la edad de inicio del consumo. Nuevas conductas como el 'botellón', el 'binge-drinking' y la generalización de las redes sociales entre los jóvenes, han provocado un cambio en el modo de consumo de alcohol que precisa de una respuesta más adecuada tanto a nivel familiar, como sanitario e institucional.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo comparativo sobre las intoxicaciones efílicas (IE) atendidas en un SUH el lunes de carnaval de 2016 frente a las atendidas el mismo lunes en 2015.

Resultados:

El lunes de carnaval de 2016 se atendieron 10 IE en menores de 18 años, frente al mismo lunes de 2015 donde no se atendió ninguna. Siete fueron mujeres. Respecto a la edad, encontramos 2 de 14 años, 3 de 15 años, 2 de 16 años y 3 de 17 años. Cinco accedieron a urgencias en ambulancia y otras cinco a petición propia acompañados por sus padres. Nueve de ellos habían estado en el mismo evento lúdico organizado por carnaval en la ciudad. Una paciente había sido atendida el lunes de carnaval de 2015 en el SUH, por IE. No encontramos parámetros de gravedad (inestabilidad hemodinámica, glucemia <60, temperatura <34°C, saturación de oxígeno <90%, Glasgow bajo, traumatismo craneoencefálico o focalidad neurológica, coingesta de tóxicos) en ningún caso salvo uno, con Glasgow 11 asociado a agresividad que precisó contención. Todos fueron dados de alta a domicilio con la recomendación de no beber alcohol.

Conclusiones:

El patrón de ingesta de alcohol entre los adolescentes de nuestro medio, no difiere en lo descrito en estudios epidemiológicos previos, siendo obvio el aumento de IE en eventos festivos. Destaca la excesiva preocupación del momento agudo de la IE en el adolescente, siendo la mayoría de las veces leves, frente a la deficiente sensibilización de progenitores, sanitarios e instituciones del problema subyacente.

A-1704

ANÁLISIS DE LOS INTENTOS DE AUTOLISIS EN UN HOSPITAL PERIFÉRICO

JJ Eito Cuello (1), LV Colón Liriano (1), MD Loncán Margalejo (2), JA Magallón Puy (1), M López Hernández (1), F Francia Franco (1), B Toribio Velamazán (1)

(1) Hospital Barbastro, (2) Centro de Salud Monzón Rural. Huesca

Palabras Clave: autolisis, psiquiatría, urgencias

Objetivos:

Los intentos de autolisis son una patología variada en su presentación y potencialmente grave, es importante la valoración y estabilización médica, sin olvidar la imprescindible valoración psiquiátrica. En Hospitales periféricos al no disponer de psiquiatra es imprescindible su derivación para valoración

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo transversal. Se han revisado las historias con los datos de los pacientes atendidas por intento de autolisis durante el año 2014.

Resultados:

La edad media de los pacientes que consultaron por intento de autolisis fue 44,9 años. El 66,6% de los pacientes fueron mujeres. El 80% de los pacientes que realizó un intento de autolisis fue atendido con un nivel de triaje III, el 46% de los pacientes fue atendido de inicio por un Residente en Urgencias. El 100% de las atenciones fue supervisada por un Adjunto. El 53% de los pacientes fue trasladado a otro centro, el 27% se remitió a domicilio y el 20% pidió el alta voluntaria.

Conclusiones:

A la hora de la primera asistencia a estos pacientes, llama la atención que la mayoría tiene un nivel bajo de triaje (III) y además son valorados por Residentes, sin embargo destaca que el 100% son supervisados por adjuntos. El disponer de unidades de estancia que pudiera asumir 24 h a estos pacientes o de psiquiatra localizado, podría reducir el número de traslados a otros centros.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 11. URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

A-1707

INTOXICACIÓN ACCIDENTAL POR ADELFA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

RM Aparicio Alonso, I Martín Ureste, AC Llorente Rojo, AM Nieto Huertos, A Urraca Gamaury, R Escalero Rodríguez, R Casado Remesal

Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. Zamora

Palabras Clave: nerium oleander, adelfa, intoxicación

Objetivos:

Las intoxicaciones suponen entre el 0.5 y 2% del total de consultas en urgencias en adulto siendo sólo el 30% de ellas involuntarias. Es vital para el médico de urgencias identificar el agente causal de la intoxicación con el fin de conocer el mecanismo de acción y proponer el tratamiento más adecuado para el paciente.

Material o pacientes y método:

Se trata de una paciente de 42 años con antecedente de Fibromialgia y Depresión que accidentalmente ingirió un preparado 'casero' realizado por su pareja compuesto por Adelfa (Nerium Oleander). La particularidad del caso consiste en que la Adelfa, que es una planta de amplia distribución, contiene oleandrina, folinerina y digitoxigenina que son glucósidos cardíacos que producen elevación del Ca intracelular creando un efecto similar a la Digoxina que, de hecho, se traduce en valores de digoxinemia falsamente elevados y cuyo tratamiento es muy similar al de la propia intoxicación por digoxina.

Resultados:

La paciente fue tratada en este servicio habiéndose realizado medidas de soporte con lavado gástrico y administración de carbón activado. Se constató bradicardia sinusal y se solicitó a hospital de referencia (Virgen de la Vega) Anticuerpos antidigoxina para tratamiento específico. Se realizó analítica de sangre y orina donde se constató elevación de Digoxinemia. La paciente, finalmente, ingresó en UCI donde se le administraron Anticuerpos antidigoxina mejorando su clínica y su ritmo cardíaco.

Conclusiones:

Para el manejo de las intoxicaciones en el servicio de urgencias es vital saber el agente etiológico causante de dicha intoxicación y el tratamiento específico. En el caso de la intoxicación por adelfa es fundamental, además del tratamiento de soporte, el tratamiento con anticuerpos antidigoxina para revertir el efecto cardiotóxico.

A-1710

MÁS LIMPIA QUE UN JASPE

MH Vidal Giménez (1), FJ Fernández Valero (1), TR Álvarez Balseca (2), A Egea Huertas (1), MJ Fernández Rodríguez (2), G Alonso Sánchez (2)

(1) Centro de Salud Calasparra, (2) Centro de Salud de Caravaca de la Cruz. Calasparra, Murcia

Palabras Clave: inhalación, sulfamán, tóxicos

Objetivos:

Mujer de 47 años con antecedentes personales de anemia ferropénica sin tratamiento actual y alergia a Penicilinas. Acude a nuestro Servicio de Urgencias por cuadro de disnea y tos seca irritativa de escasa evolución. Durante la anamnesis la paciente refiere que se encontraba en su domicilio limpiando una bañera con sulfamán (ácido clorhídrico) cuando de forma accidental ha inhalado sus vapores. Las constantes vitales eran normales, la exploración física reveló una hipoventilación con sibilantes en ambos campos pulmonares. De inmediato se administran corticoides IV, nebulización y oxigenoterapia respondiendo favorablemente.

Material o pacientes y método:

Como pruebas complementarias se realizan hematimetría con fórmula y recuento leucocitarios que revelan una anemia con Hb de 10.8 g/dl y Hematocrito de 35.5% (ya conocida), Bioquímica sanguínea sin alteraciones, Gasometría arterial (ph 7.35, pCO₂ 40 mmHg, pO₂ 92mmHg, Bicarbonato 21 mmol/L, Saturación de Oxígeno 94%), Radiografías de tórax y simple de abdomen sin presencia de aire libre peritoneal ni derrame pleural.

Resultados:

La paciente permanece asintomática durante toda su estancia en la Unidad de Observación, tras ser vigilada durante unas horas es dada de alta.

Conclusiones:

Los ácidos provocan daño tisular mediante necrosis de coagulación, con formación de una escara protectora. La coagulación de los tejidos impide la penetración del ácido, por lo que la lesión es superficial, aunque la escarificación progresiva puede afectar a la totalidad de la pared gástrica con perforación y subsiguiente mediastinitis, sepsis, shock y muerte.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 11. URGENCIAS POR TÓXICOS Y AGENTES EXTERNOS

A-1716

DOCTORA, DESDE AHORA SERÉ VEGANA

V Báez Pimentel (1), D Rosario Lapaix (2), A Arias Rosario (3),
A Romero García (3), A Moronta de La Cruz (1),
S Méndez Desena (1), N Imbachy Zambrano (1)

(1) San Andrés del Rabanedo, (2) Centro de Salud Trabajo del Camino, (3) Centro de Salud Condesa. León

Palabras Clave: brucella, bacterias, infección

Objetivos:

La Brucelosis es una zoonosis de comienzo agudo, extremadamente infecciosa. Esta causada por bacterias del grupo Brucella, su principal mecanismo de contagio es vía oral y tras un periodo de incubación se suele presentar como síndrome febril con afectación de varios órganos y sistemas.

Material o pacientes y método:

Mujer ama de casa 54 años, sin AMC, Anemia crónica secundaria a sangrado ginecólogo en tratamiento con hierro desde hace cuatro años. Consulta por un cuadro de dos semanas de evolución de malestar general, artralgias, fiebre de 38,5°C y diaforesis de predominio nocturno. La semana anterior al cuadro refiere manipulación de pieza de caza (liebre). Exploración Física: T 36,9°C, TA: 134/76 mm/hg, FC: 100 lpm. Adenopatías axilares bilaterales de 2x2 cm y consistencia blanda. Lesiones costrosas y levemente supurativas en falange distal de primer dedo mano izquierda y quinto dedo mano derecha. Resto de exploración anodina. Hemograma: L 10.300, Hg 8.9, Hcto 27, (FN), Pla 521.000, VSG 201, Bioquímica ALT 52, GGT 61, Transferrina: 239. Serología Positiva para Francisella Tularensis y Brucella. Rx Tórax: Leve derrame pleural izquierdo.

Resultados:

Durante el ingreso la paciente presentó febrícula ocasional sin otra clínica destacable. Se objetiva informe de serología para Brucella y Francisella Tularensis positivo por lo que se decide iniciar tratamiento con Doxiciclina 100mg c/12h y Rifampicina 300 mg c/8h, manteniéndose estable al alta. Continuo con el mismo tratamiento hasta revisión en consulta externa en dos semanas.

Conclusiones:

1. En la brucelosis, el diagnóstico resulta probable si existe historia de exposición a animales infectados y la clínica característica. 2. El papel de la enfermedad de las especies silvestres, medidas preventivas de contactos y el ambiente es fundamental a considerar para alcanzar el control y la erradicación de la enfermedad.

A-1718

INTOXICACIÓN ACCIDENTAL DOMÉSTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO DE INGESTA DE SOSA CÁUSTICA EN UN HOSPITAL COMARCAL

F Yáñez Rodríguez (1), M Urdaz Hernández (2), C Sesam (2),
JE Romano Maqueda (2), L Rosado Mena (2),
E Gonzalo Aranda (2), ML Catalán Ladrón (2)

(1) Hospital de Calatayud, (2) Hospital de Calatayud. Zaragoza

Palabras Clave: caustic intoxication, oral burn, oral edema

Objetivos:

La ingesta de un caustico es un grave problema médico por su variabilidad clínica y las complicaciones que puede acarrear. Representa un problema sanitario y debemos aumentar los esfuerzos para evitar el desarrollo de sus graves complicaciones.

Material o pacientes y método:

Diagnóstico diferencial: ingesta picantes, herpes oral. Lesiones en la mucosa oral. El paciente ha estado en contacto con sosa cáustica porque es el ingrediente para realización de jabón casero. Mientras cocinaba la comida preparaba jabón casero, utilizando los mismo utensilios y el mismo lugar de preparación.

Resultados:

Diagnóstico: ingesta de sosa cáustica y quemadura de la cavidad oral. Tratamiento: lavado abundante con agua, corticoides, perfusión con inhibidores de bomba de protones. Correcta información para la manipulación de químicos. Seguimiento por otorrinolaringólogo.

Conclusiones:

La gravedad de la ingesta de sosa cáustica depende de múltiples factores como la concentración del agente, el volumen de la ingesta, duración del contacto con la mucosa y el pH de la solución. Los sólidos y las líquidos viscosos producen mayores lesiones en la mucosa oral. Existen tres tipos importantes de lesiones: (i) quemaduras faciales y de vía aérea, (ii) quemaduras de esófago y gastrointestinales, (iii) lesiones por salpicaduras. La tipo I presentan sensación de quemazón en la cavidad oral de forma inmediata, inflamación de labios y cuando esto ocurre suele ir acompañado de edema esofágico y faríngeo asociado a compromiso respiratorios de varios tipos. La presencia de estridor y disnea requiere intervención urgente. Recordar que las lesiones evolucionarán de forma grave por efecto hasta las 48 horas tras la exposición.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 12

Urgencias traumatológicas, quirúrgicas y ginecológicas

28
Congreso
nacional SEMES



EFICIENCIAS
evolucionando



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

O-1727

PATOLOGÍA TRAUMÁTICA EN MEDIO URBANO

F López Pereira, N Martín Tomero, MD Moreno Ortiz,
MJ Bartolomé Martínez, MJ García-Ochoa Blanco

SAMUR-Proteccion Civil. Madrid

Palabras Clave: advanced trauma life support care,
multiple trauma, survival

Objetivos:

La patología traumática grave supone una pérdida importante de potenciales años de vida. Es una de las principales causas de muerte prematura en nuestro país. Además, esta población, que se encuentra, en su mayoría, en edad laboral puede sufrir serias secuelas que le impedirán trabajar nuevamente. Es por ello, que el manejo de los eventos traumáticos por los servicios de emergencias extrahospitalarios es fundamental para evitar primero la mortalidad y posteriormente las secuelas que puedan presentarse por las lesiones producidas.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo, observacional y analítico. Ámbito: Servicio de urgencias medicas extrahospitalario en medio urbano. Año 2015. Variables: Glasgow, tensión arterial sistólica, frecuencia respiratoria, supervivencia a las 6 y 24 horas. Estadísticas centrales y de dispersión, porcentajes. Excel, Access, SPSS v 17.0.

Resultados:

N= 333. Supone un 30,9% de todos los pacientes graves del año 2015. Media edad 41,27 (DE: 18,64) el 79,5%(263) son varones, edad y sexo $p=0.072$. Causas: 19% accidente de motocicleta, 17% precipitados, 15% atropello, 11% lesión por arma blanca. El recurso avanzado acude en una media de 7,40. Patología a la puerta del hospital: 37% paciente politraumatizado, 29% TCE, 4% traumatismo abdominal, 4% traumatismo torácico. El RTS obtuvo una media de 6,74 (DE 1,52) puntos con un mínimo de 0 y un máximo de 7,84. La supervivencia a las 6 horas fue de un 97,6% (mueren 8) y a las 24 horas es del 97,8% de los que habían sobrevivido a las 6 horas (un 95,5% del total) (mueren 7 pacientes más).

Conclusiones:

El paciente típico traumatizado en nuestro medio es un varón de 41 años que sufre un accidente de motocicleta y que es diagnosticado a la puerta de hospital de politraumatizado. La mortalidad en nuestro medio a las 24 horas es inferior al 5% debido a una pronta atención por parte del SEM y por el uso de protocolos estandarizados para el manejo del trauma.

O-1728

EL VALOR INICIAL DEL RTS COMO INDICADOR DE LA MORTALIDAD EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

F López Pereira, N Martín Tomero, MJ García-Ochoa Blanco

SAMURPROTECCIÓN CIVIL. Madrid

Palabras Clave: advanced trauma life support care, trauma severity indices, mortality

Objetivos:

Los Servicios de Emergencias Medicas tienen, entre sus cometidos, el de manejar patologías tiempo dependientes como la enfermedad traumática. La asistencia en el medio urbano posibilita una precoz atención de esta patología. El Trauma Score Revisado (RTS) es un índice fisiológico de gravedad del traumatismo fisiológico, que valora la puntuación en la escala de coma de Glasgow, la tensión arterial sistólica y la frecuencia respiratoria. En la literatura, un valor por debajo de 5 indica una probabilidad de mortalidad cercana al 100%.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional analítico: Ámbito: Servicio de emergencia extrahospitalario. Inclusión: pacientes politraumatizados trasladados a hospital terciario. Año 2015. Variables: Glasgow, tensión arterial sistólica inicial, frecuencia respiratoria inicial y mecanismo lesional variables. Resultados: mortalidad a las 24 horas. Estadística centrales y de dispersión, porcentajes, contraste de hipótesis: t student y para determinar probabilidad de mortalidad regresión logística binaria con odds ratio e IC 95% $p<0.05$. Excel, Access, SPSS v 17.0.

Resultados:

N=333, media de edad 41,27 (DE: 18,64) el 79,5%(263) son varones, edad y sexo $p=0.072$. El accidente de motocicleta la primera causa del trauma 19%(63) seguido de precipitados 17%(58) y atropello 15%(51). Atendido por un recurso avanzado en 7,40 de media. El RTS inicial obtuvo una mediana de 7,10 puntos (amplitud intercuartilica: 1.67), 41 pacientes (12.3% del total) presentan inicialmente un $RTS<5$, de estos sobreviven a las 24 horas 31 pacientes (75.6%) Modelo de regresión logística binaria para hallar la probabilidad de muerte explicada por el RTS $f(x)=0.46-0.60*RTS$ odds ratio 0.552 (IC95% 0.42-0.71) $p<0.001$, para un RTS de 5 la probabilidad de muerte es de 0.07 llegando al 0.47 cuando el RTS baja hasta 1 (<0.50 se asociado a vivo)

Conclusiones:

La probabilidad de muerte en nuestro estudio se asocia a RTS muy bajos La rápida llegada del SEM al lugar del incidente y el inicio rápido de las maniobras de estabilización hacen que pacientes con mal pronóstico tengan supervivencia a las 24 horas superior a otras series. El aplicar protocolos estandarizados de atención al trauma y la derivación a centros de trauma mejora la supervivencia de estos pacientes.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-1730

INCIDENCIA Y PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA APENDICITIS AGUDA EN UN HOSPITAL SECUNDARIO

GM Gómez García, B Paderne Díaz, E de las Nieves Rodríguez, A Andrés Valero, F Gil de Sola Letang, FJ Ródenas Tárraga, B. Benito Pasamontes

Urgencias. Hospital de Móstoles. Madrid

Palabras Clave: abdominal pain, acute disease, appendicitis

Objetivos:

La apendicitis es más frecuente entre los 10 y los 30 años con una incidencia de 20-100/100000 habitantes/año y predominio masculino. El 65% de las apendicitis perforadas tienen una evolución mayor de 48 horas. El dolor migratorio ocurre en menos del 60% de los pacientes. Las náuseas, aparecen en fase temprana y la fiebre en fases tardías. Es improbable cuando no hay leucocitosis salvo en fases muy tempranas. Un tiempo medio de 8,6 horas desde la admisión hasta la cirugía no se asocia con perforación.

Material o pacientes y método:

Se recogen las apendicitis diagnosticadas por anatomía patológica en adultos mayores de 13 años durante un período de 3 años y se revisan las historias clínicas.

Resultados:

Se recogen 341 apendicitis (incidencia de 113/100000). La edad media fue de $37,39 \pm 17,49$ años. Fue más frecuente en la 3ª y 4ª década (25,2% y 21,4 %, respectivamente), siendo el 76,8% menores de 50 años. Se observa mayor frecuencia en hombres (58,9%) que en mujeres (41,1%). Los síntomas de presentación fueron: Dolor en cuadrante inferior derecho (87,4%), dolor migratorio a fosa ilíaca derecha (44,3%), vómitos (54,8%), hiporexia (12%), fiebre (8,2 %). Hubo leucocitosis en el 81,7% de los pacientes. El tiempo medio de síntomas fue de $50,31 \pm 4,09$ (rango 3-724) horas. El tiempo medio hasta la cirugía desde su admisión en Urgencias fue de $10,15 \pm 0,7$ horas. En las 121 apendicitis complicadas (35,5%) la media del tiempo entre el inicio de síntomas y la cirugía fue de 65,61 horas (IC95%, 49,9-81,32 horas) y en las no complicadas de 41,90 horas (IC95%, 32,98-50,82 horas).

Conclusiones:

Nuestros resultados son superponibles a los recogidos en la literatura. Nuestra mayor edad de presentación puede deberse a que no están incluidos los menores de 14 años. Parece seguro un tiempo máximo de 48 horas desde el inicio de los síntomas para establecer con seguridad un diagnóstico correcto que evite apendicectomías no terapéuticas sin riesgo de apendicitis complicada.

P-1731

REGLAS DEL TOBILLO DE OTTAWA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Y González Silva (1), I García Rupérez (2), J López Sánchez (3), JC Sánchez Rodríguez (3), M Hernández Gajate (3), R Hernando Fernández (4)

(1) Gerencia de Atención Primaria. Valladolid Oeste, (2) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, (3) Servicio de Traumatología. Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, (4) Gerencia de Atención Primaria Santander

Palabras Clave: traumatismos de tobillo, reglas de Ottawa, decisión clínica

Objetivos:

Los traumatismos agudos de tobillo y/o medio pie (TTM) son un motivo de consulta frecuente en los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH). Constituyen patología banal, pero frecuentemente aunque clínicamente no se intuya fractura se solicita radiografía. Las Reglas del tobillo de Ottawa (RTO) son unas recomendaciones para solicitar radiografía en TTM solo ante ciertos supuestos.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, descriptivo y transversal. 1) Revisión en la base de datos del SUH del HURH de Valladolid de todos los pacientes diagnosticados de patología a nivel de tobillo y pie con radiografía. Del 01/01/15 al 31/01/15. Se excluyeron pacientes pediátricos (≤ 14 años). Se calcularon: sensibilidad(S), valor predictivo negativo (VPN), especificidad(E) y valor predictivo positivo(VPP). Se emplearon frecuencias absolutas y porcentajes. 2) Se entregó cuestionario a los médicos adjuntos del SUH. Valorando: Conocimiento de RTO, Utilización: siempre(S), la mayor parte de las veces (LMPV), algunas veces (AV) y nunca (N) y opinión: 13 ítems. Se emplearon frecuencias absolutas y porcentajes.

Resultados:

1) Total: 78 pacientes: 41 (52,6%) varones. Edad media 37,99 años (18,93). RTO: Con fractura: Ottawa + (O+): 7 (9%), Ottawa ? (O-): 0. Sin fractura: O+: 50 (64,1%) y O-: 21(26,9%). S: 100%. E: 29,58%. VPP: 12,28% y VPN: 100%. 2) Total: 25. Conocimiento de RTO: Si: 20(79%). Utilización: S:0%, LMPV: 3 (10%), AV: 13(54%) y N: 9(36%). Opinión: Intento de mejorar la atención 25 (100%), buena fuente de asesoramiento 24(95%), herramienta educativa: 19(78%), intento de reducir costes sanitarios 19(77%).

Conclusiones:

La aplicación de RTO en nuestro SUH obtiene una alta S y VPN, como en otras series consultadas. Los encuestados valoran su aplicación como buen método en la mejora de atención, educativa y disminución de costes. Evita radiografías innecesarias, no obstante limitación ante posibles conflictos relacionados con medicina defensiva.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

O-1732

EL ARTE DE LA VIDA ES EL ARTE DE EVITAR EL DOLOR

T González Vila, C Torres Gómez de Cádiz, MC Castillo Ruiz de Apodaca, LI Zubillaga Carmona, C Navarro López Fando, D González Rodríguez, S González Rodríguez

SAMUR-Protección Civil. Madrid

Palabras Clave: dolor, fracturas óseas, administración de terapia de medicación

Objetivos:

La patología traumatológica de miembros superiores presenta una prevalencia importante en un SEM. La asistencia inicial a esta patología supone prestar una especial atención al dolor asociado, que debe ser tratado de forma adecuada y continuada en el hospital. Para conocer el nivel de dolor existen varias escalas que adaptan mejor la analgesia empleada.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional analítico. Revisión: base de datos e informes. Ámbito: Emergencias extrahospitalarias en vía pública de la Ciudad de Madrid. Periodo: 2015. Criterios de inclusión: pacientes atendidos por SVA con sospecha de fractura/luxación de miembro superior. Variables: epidemiológicas (sexo, edad) y clínicas (valoración de EVA). Variables resultados: analgesia e inmovilización. Estadística: cuantitativas medidas centrales y de dispersión, cualitativas frecuencias absolutas y relativas. Contraste de hipótesis: chi cuadrado. $p < 0.05$

Resultados:

$n=417$. Mediana edad 62 años (IQR 37). Hombres 43.4%. (181). Tratamiento previo analgésico 3.6%(15). Dolor valorado por EVA 26.1% (109). Analgesia administrada: ningún fármaco 21.8% (91), un fármaco 40.8% (170), dos fármacos 30.7% (128), tres fármacos 6.7% (28). Tipo de fármaco: Fentanilo 56.6%(236), ketorolaco 24.9% (104), paracetamol 25.7% (107), benzodiacepinas 12.5% (52), metamizol 1.4% (6), ketamina 1%(4) y meperidina 0.2% (1). Inmovilización en 41.2%(172). No existe asociación entre edad e inmovilización (56a vs 57a) $p=0.75$. De los 97 pacientes que mejoran el dolor (23,3%), 73.2%(71) fueron valorados con EVA vs 26.8%(26) sin escala en la historia, existiendo diferencias ($p < 0.0001$) El uso de EVA se asocia con uso de fentanilo, empleo de dos fármacos e inmovilización $p < 0.05$

Conclusiones:

El perfil del paciente atendido es mujer, de 62 años con tratamiento analgésico previo escaso. En la asistencia se emplea, mayoritariamente, un fármaco preferentemente fentanilo y en 41,2%, la inmovilización. La mejoría del dolor está asociada a un mayor uso de EVA frente al dolor no cuantificado en la historia. El uso del EVA condiciona un mayor porcentaje de inmovilización y fármacos combinados. El porcentaje de valoración con EVA lo consideramos insuficiente ya que se observa que su utilización esta asociado a un mejor manejo del paciente.

O-1733

ADMINISTRACIÓN EXTRAHOSPITALARIA DEL ÁCIDO TRANEXÁMICO EN EL SHOCK HEMORRÁGICO DE ORIGEN TRAUMÁTICO

FJ Garcés Garcés, EJ Simoes da Silva Pereira, I Casado Flórez, JA Jiménez Fraile, E Corral Torres

SAMUR-Protección Civil. Madrid

Palabras Clave: ácido tranexámico, hemorragia, trauma

Objetivos:

El ensayo clínico CRASH-2 estableció una reducción significativa de mortalidad por sangrado en pacientes politraumatizados, administrando ácido tranexámico a dosis de carga de 1 gramo en 10 minutos seguido de infusión de 1 gramo en 8 horas, con uso generalizado en hospitales. Desde hace 1 año SAMUR-PC utiliza la administración temprana in situ, de dosis de carga de 1 gramo en los casos de shock hemorrágico de origen traumático.

Material o pacientes y método:

Estudio analítico observacional. Población: Cohorte de pacientes, tratados por SAMUR-PC con dosis de carga de 1 gramo de tranexámico in situ y seguimiento del tratamiento en hospital, frente a un grupo control de pacientes con procedimiento integro de tranexámico en hospital. Variables: índices de gravedad ISS, RTS y TRISS. Mortalidad a los 7 días. Análisis estadístico: medidas posición, dispersión y frecuencias, Verificación de hipótesis de normalidad por test de Kolmogorov-Smirnov. Análisis de varianzas mediante Anova. Procesamiento de datos mediante Excel y SPSS v 17.0. Confidencialidad de datos, cuidando aspectos éticos.

Resultados:

Analizados 10p (grupo estudio) frente 12p (grupo control), 36,4% mujeres (8/22p), 63,6% hombres (14/22p), distribuidos equitativamente. Edad media: 40,82 años, desviación típica (DT) 21,14. No existe diferencia entre grupos en cuanto a índices de gravedad. Grupo control: ISS 37,58 (DT 11,29), RTS 5,45 (DT 1,60), TRISS 38,45% (DT 33,06). Grupo estudio: ISS 42,7 (DT 16,38), RTS 5,19 (DT 2,32) y TRISS 50,56 (DT 41,55). Mecanismo lesional: 5 atropellos (22,7%), 5 precipitados (22,7%), 4 accidentes de tráfico (18,2%), 4 de moto (18,2%), 3 heridos por arma blanca (13,6%), y un arrollado de metro (4,5%). Supervivencia a los 7 días: grupo estudio 70% (7/10p) frente grupo control 66,6% (8/12p).

Conclusiones:

No hay diferencia estadísticamente significativa en supervivencia a los 7 días del grupo estudio frente grupo control ($p > 0.05$), con predominio del primer grupo (3,4%). Fármaco de reciente introducción en SAMUR-PC, con uso no generalizado. Sin pacientes pediátricos, no pudiendo extrapolar resultados.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-1734

VARIABLES CON VALORES QUE FALTAN EN EL REGISTRO DE TRAUMA GRAVE DE NAVARRA. ¿ESTÁN RELACIONADAS CON LA GRAVEDAD?

B Ali Ali (1), M Fortún (2), L Montes (3), J Rey (3), T Belzunegui (3)

(1) Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, (2) Hospital Reina Sofía de Tudela, (3) Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona

Palabras Clave: traumatismo grave, valores perdidos, variables

Objetivos:

Los Registros de Trauma (RT) recogen información sobre pacientes traumatizados según criterios de inclusión establecidos y ayudan a preparar protocolos para mejorar su atención. Desde 2010, en Navarra existe un RT de Traumatismo Grave (TG) de base poblacional y que se basa en el estilo Utstein. Para un análisis válido de los datos incluidos en el RT, estos deben ser exactos, fiables y completos.

Material o pacientes y método:

Se seleccionaron todos los casos registrados en nuestro RT, que cumplieran criterios de inclusión (New Injury Severity Score > 15) desde el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2014. Se estableció el nivel óptimo de cumplimentación ? al 90 % para cada una de las variables incluidas, se clasificó a los pacientes según gravedad de sus lesiones como grave no vital y como grave con compromiso vital y en función del medio de transporte de llegada al hospital para comprobar su relación con valores perdidos.

Resultados:

Se evaluaron 834 pacientes y se observó que las variables con mayor porcentaje de valores desaparecidos fueron tiempos de respuesta (60%), exceso de bases (66%) y tiempo de normalización de exceso de bases (89%). No se encontró asociación entre la gravedad de la lesión, el medio de transporte y los valores perdidos.

Conclusiones:

El nivel de cumplimentación de las variables del RT de Navarra es mayor de 90% en todas las variables excepto los tiempos de respuesta y exceso de bases. Es preciso sensibilizar al personal sanitario sobre la importancia de recoger dichas variables

O-1735

FACTORES EXTERNOS QUE INFLUYEN EN LA INCIDENCIA DE LOS POLITRAUMATIZADOS Y SU REPERCUSIÓN EN LA MORTALIDAD. ESTUDIO DE COHORTE RESTROSPECTIVA

T Belzunegui Otano (1), B Ali Ali (1), M Fortún Moral (2), JM Rey Pecharroman (1), L Montes Fernandez (1), C Gradin Purroy (3), B Fernández Esain (1)

(1) Complejo Hospitalario de Navarra, (2) Hospital de Tudela, (3) Universidad Pública de Navarra. Pamplona, Navarra

Palabras Clave: registro de trauma, mortalidad, factores externos

Objetivos:

La incidencia y mortalidad del politraumatizado son afectadas por diferentes factores: internos como la experiencia y la organización del equipo de trauma que influyen en la supervivencia de los pacientes. Pero, ¿qué influencia tienen los factores externos?

Material o pacientes y método:

Estudio de cohorte retrospectiva de los politraumatizados recogidos en el Registro de Trauma de Navarra entre 2010 y 2015. Se incluyeron pacientes ingresados en los hospitales públicos de Navarra con un traumatismo de cualquier etiología y un New Injury Severity Score > 15. Se estudió la incidencia anual, los datos demográficos y el patrón de la lesión. La mortalidad hospitalaria observada se comparó con la esperada según TRISS (Trauma Injury Severity Score).

Resultados:

Se analizaron 1.092 pacientes (69 % varones). La edad media fue de 54 + 24 años y fallecieron el 18 %. Los pacientes fallecidos tuvieron un índice de gravedad de lesiones significativamente superior a los que sobrevivieron (34 + 12 puntos de NISS frente a 24 + 8). La hora del día fue el factor que mostró la mayor variación en la incidencia de trauma. El domingo fue el día con mayor frecuencia de accidentes. La mayoría de los accidentes en la noche ocurrieron los fines de semana. Julio, agosto y septiembre fueron los meses con mayor accidentalidad y una gran parte de los accidentes de moto. Los días del año con menor incidencia fueron entre Navidad y Año Nuevo. El resultado de los pacientes analizados se adaptaba al pronosticado por el TRISS en todos los subgrupos. Esto puede interpretarse, con todas las limitaciones del diseño, como que los sistemas de emergencias no se ven alterados en su calidad por factores externos y proveen cuidados homogéneos que hacen que no haya diferencias en la mortalidad.

Conclusiones:

Existen claras diferencias en la incidencia por factores externos, pero no en la mortalidad de dichos pacientes lo cual demuestra posiblemente que el sistema sanitario es homogéneo en su atención y no se ve influido por dichos factores



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-1736

VALIDEZ Y SEGURIDAD DE LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL EN EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS EN MAYORES DE 13 AÑOS

G Quispe Figueroa, E López Ruiz, NC Rodríguez Hernández, B Benito Pasamontes, J. García Martín, F Gil de Sola Letang, A Santos De Vera

Urgencias. Hospital de Móstoles. Madrid

Palabras Clave: appendectomy, apendicitis/diagnosis, predictive value of test

Objetivos:

Según diversos estudios la sensibilidad (Se) y especificidad (Es) de la ecografía en el diagnóstico de apendicitis varía entre el 35% al 98% y del 71 al 98 % respectivamente.

Material o pacientes y método:

Se recogen pacientes con motivo de consulta de dolor en fosa ilíaca derecha (FID) mayores de 13 años que acuden a nuestro Servicio durante un período de 3 años. De éstos se seleccionan a los que se les realiza ecografía para descartar apendicitis. El patrón oro es la ausencia de reingreso y cirugía en la semana posterior o la apendicectomía no terapéutica como variable resultado negativa y la apendicitis confirmada en anatomía patológica como variable resultado positiva. La prueba negativa se consideró en casos de ecografía que visualiza apéndice normal y prueba positiva cuando la ecografía visualiza el apéndice patológico.

Resultados:

746 pacientes se presentaron con dolor en FID. Se realizaron 245 ecografías (32,84%), de las cuales 135 (55,1%) visualizaron el apéndice. La Se de la ecografía fue del 97,1 % (IC 95%, 94,3%-99,8%) y la Es del 51,6% (IC 95%, 43,8%-57,5%). El VPP fue del 87% (IC 95%, 83,5 %- 87,4%) y el VPN del 84,2% (IC 95%, 78,1%- 90,3%). La RVP fue de 1,97 y la RVN de 0,05.

Conclusiones:

La Se y Es de la ecografía se encuentra dentro de los porcentajes descritos en la literatura. La ecografía demostró escasa potencia predictiva para demostrar la presencia de apendicitis (aumento de proporción de falsos positivos) y gran potencia predictiva para descartarla.

P-1737

EPIDEMIOLOGÍA DE LOS ACCIDENTES LABORALES ATENDIDOS POR UNA UNIDAD MÓVIL DE EMERGENCIAS (UME) DE SAMU-ASTURIAS

JA García Fernández (1), C Feito Fernández (2), E Fernández Fernández (3), C Calderón Rodríguez (3), C Álvarez González (3), I Pérez Regueiro (4)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Central de Asturias, (2) Enfermera SESPA, Área IV, (3) Médico Emergencias SAMU-SESPA, (4) Enfermera Emergencias SAMU-SESPA. Oviedo, Asturias

Palabras Clave: accidentes laborales, emergencia, epidemiología

Objetivos:

Los accidentes laborales son parte de la actividad asistencial de las UME.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional retrospectivo, de pacientes atendidos por la UME-III deSAMU-Asturias tras sufrir un accidente laboral traumático en su lugar de trabajo entre el 1 de Enero de 2010 y 31 de Diciembre de 2014.

Resultados:

En el periodo de estudio, la UME III de SAMU-Asturias atendió a 114 víctimas de accidente laboral, siendo 2011 el año en que se registraron más casos, 29 (25,4%). En todo el periodo de estudio, se registraron más sucesos en el mes de abril (13), en día-miércoles (26) y en la franja horaria de 08-12h (39). La edad media fue 42,89 (9,43), siendo el grupo 40-44 años el más afectado (21,4%). El 97,4% eran hombres. El mecanismo de lesión principal fue la precipitación desde altura inferior a 4 metros (24,6%), seguido de traumatismos con objeto en movimiento (17,5%) y atrapamiento (13,2%). Las lesiones múltiples fueron las más frecuentes (30,7%), seguidas de lesiones en extremidad inferior y traumatismos craneoencefálicos (TCE) (20,2%, respectivamente). La mortalidad fue de 7% (8 casos, 4 en el lugar), principalmente del grupo 30-34 años (3 casos), seguido del grupo 45-49 años (2 casos). El principal mecanismo de lesión en los fallecidos fue precipitado de altura >10 metros (3 casos), y el TCE la lesión más frecuente (4 casos). 12 pacientes tuvieron secuelas, 82 ninguna (n=107), y se desconoce seguimiento de 13 casos derivados a su mutua. El tiempo estancia hospitalaria fue de 8,87 días (20,76), resultando estadísticamente significativa su asociación con la aparición de secuelas p<0,004.

Conclusiones:

El perfil de víctima de accidente laboral es un varón de 42 años con lesiones traumáticas múltiples tras precipitarse de altura inferior a 4 metros. La aparición de secuelas se asoció con mayor tiempo de estancia hospitalaria.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

O-1738

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A RECIDIVISMO PRECOZ EN LUMBALGIA MECÁNICA NO TRAUMÁTICA: ESTUDIO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA BINARIA DE DOS AÑOS DE OBSERVACIÓN

CA Guillén Astete, M Zamorano Serrano, C de La Casa Resino

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Palabras Clave: lumbalgia, recidivismo, residentes

Objetivos:

La lumbalgia es el motivo de consulta más frecuente en nuestro servicio de Urgencias. La reconsulta precoz (recidivismo) supone un condicionante de sobrecarga asistencial y un indicador de calidad susceptible de mejora.

Material o pacientes y método:

Se realizó un estudio de regresión logística binomial. Variable dependiente: Consultar por urgencias antes de los 15 días desde un alta del SU por lumbalgia. Variables independientes (VI) dicotómicas: Sexo del paciente, atención por parte de un residente o FEA, solicitud radiológica. VI categóricas: deformación morfométrica vertebral (DMF) presente, ausente o desconocida, techo terapéutico con drogas de I, II o III, 2º o 3º año de residencia del residente y escalón terapéutico analgésico OMS. VI numéricas: Edad del paciente.

Resultados:

Se incluyeron 3991 registros de lumbalgias atraumáticas vistas entre oct-2014 y oct-2015. Media de edad 64 DE 5 años. 61.4% sexo femenino. La edad de los pacientes, el sexo, el año de residencia del MIR y la solicitud de pruebas radiológicas no fueron identificadas como factores de riesgo independiente de recidivismo precoz. Efecto protector: La atención de un FEA respecto de un MIR tuvo un OR 0.762 (IC95%:0.673- 0.881), $P<0.001$. Factor de riesgo: La presencia de DMF tuvo OR 1.329 (IC95%:1.132-1.552), $P<0.05$. La administración de drogas de segundo escalón respecto de primer y tercer escalón tuvieron un OR 1.218 (IC95%:1.091-1.403), $P<0.05$. Las pruebas de interacción binomial entre las variables analizadas no mostraron indicios de dependencia.

Conclusiones:

De acuerdo con nuestros resultados, la administración de drogas del segundo escalón analgésico y la presencia de deformaciones morfométricas vertebrales son factores asociados a recidivismo precoz en casos de lumbalgia atraumática. Por otro lado, la atención prestada por un FEA se traduce en potente condicionante protector. Nuestros resultados sugieren la necesidad de incidir en programas formativos sobre residentes para intervenir sobre los factores susceptibles de control y mejora.

P-1739

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS, ESTUDIO DESCRIPTIVO, IMPACTO DE NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES

G Gabilondo Sanjuán, E González Marín, E Navarro Guiu

Quiron Salud. Hospital Universitario Sagrat Cor. Barcelona

Palabras Clave: traumatismos craneocerebral, anticoagulantes, hemorragias intracraneales

Objetivos:

La combinación entre TCE, edad avanzada y anticoagulación es potencialmente grave. Recientemente se han introducido nuevos anticoagulantes, planteamos conocer el uso de los nuevos fármacos y posible riesgo si TCE.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional prospectivo. Hospital de 250 camas, 110 visitas diarias a urgencias. Pacientes adultos visitados entre agosto 2015 y enero 2016, con TCE en las 24 horas anteriores y recibían antiagregante y/o anticoagulante. A todos se realiza TAC craneal protocolo del hospital. los datos se recogieron en plantilla Excel®. Se calculó índice Charlson mediante algoritmo en Excel®. análisis estadístico descriptivo de los datos, comparación de grupos ji cuadrado para variables cualitativas y contraste de medias para variables continuas. significación estadística $p<0.05$.

Resultados:

Se incluyeron 196 pacientes, media edad 83,7 años ($DE\pm 8,7$), 45,9% hombres y 55,1% mujeres. índice de Charlson media: 5,76 ($DE\pm 1,6$) 13 pacientes (6,63%) presentaron HIC objetivada por TAC. tratamiento: antiagregante 158 pacientes (80,6%) AAS100, (73,4%), Prasugrel 7.6%, anticoagulante 34 pacientes (17,35%): acenocumarol 67.5%, dabigatrán 14.7%, Heparina bajo peso molecular (HBPM): 7(3,57%). Pacientes con HIC tenía un Índice de Charlson $6,15 \pm 1.74$ y los sin HIC $5,73 \pm 1.59$, diferencia no significativa ($p=0.21$) comparamos grupo antiagregación (5.06% con HIC) con anticoagulación oral (14.7% con HIC) diferencia significativa, $p=0.045$. comparamos grupo antiagregado con anticoagulado oral más heparina, diferencia no significativa ($p=0.094$). Ningún anticoagulado con HBPM presentó HIC. comparamos acenocumarol/warfarina (8.6% HIC) con otros anticoagulantes (33% HIC), diferencia amplia no significativa ($p=0.065$), los pacientes con dabigatrán tenían mas HIC.

Conclusiones:

Los pacientes recibían mayoritariamente antiagregantes, el más prescrito AAS 100 mg, el segundo prasugrel. Los que recibían anticoagulación oral mayoritariamente usaban acenocumarol, segundo dabigatrán. Los anticoagulantes orales mayor incidencia de HIC que los antiagregantes. Los anticoagulados con acenocumarol/warfarina presentaron menor incidencia de HIC que otros anticoagulantes orales, no significativa. Dabigatrán mostró mayor incidencia de HIC. El índice de Charlson no diferente entre los pacientes con HIC y los que no.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-1740

PORCENTAJE DE APENDICECTOMÍAS NO TERAPÉUTICAS E INFLUENCIA DE LAS PRUEBAS DE IMAGEN EN LA MISMA EN MAYORES DE 13 AÑOS

E López Ruiz, FJ Ródenas Tárraga, F Gil de Sola Letang, A. Santos de Vera, V Romero Zegarra, G. Quispe Figueroa, PL Ramírez Cabello

Urgencias. Hospital de Móstoles. Madrid

Palabras Clave: negative appendectomy, acute appendicitis, appendicitis/ultrasonography

Objetivos:

Según diversos estudios se estima aceptable un 10% de apendicectomías no terapéuticas (ANT) en varones y un 20% en mujeres. El uso de la ecografía y el TAC en el diagnóstico de apendicitis se han introducido para reducir el número de ANT.

Material o pacientes y método:

Se recogen las apendicectomías realizadas entre los años 2012 y 2015 en un Hospital de segundo nivel y se revisan las historias clínicas. Se recogen las variables edad, sexo, prueba de imagen, apendicitis y apendicectomía no terapéutica (blanca, patología médica, patología ginecológica, apendagitis/infarto omental)

Resultados:

Se incluyeron 400 apendicectomías. 224 hombres y 176 mujeres. Las ANT fueron 59, 14,9% (IC 95%, 11,5%-18,3%). En los hombres se dieron un 10,2 % (IC 95%, 6,1%-13,9) y en mujeres 20,4 % (IC 95%, 14,5%-26,3%). Dentro de las ANT se encontraron en los hombres patología médica en el 36,3% y ninguna patología en el 63,6% de las ANT. En las ANT de las mujeres, 16 (44%), fueron blancas, 11 (30,5%) tuvieron patología ginecológica y 9 (25%), patología médica. Se realizaron 250 (62,5%) apendicectomías con prueba de imagen previa y 150 (37,5%) sin prueba de imagen con un porcentaje similar de ANT (12,8 % (IC95%, 8%-16%) vs 18% (IC95%, 12%-24%)) sin asociación estadística significativa entre ambas variables.

Conclusiones:

El uso de las pruebas de imagen en el diagnóstico de apendicitis no disminuye significativamente la tasa de ANT. La tasa de apendicectomías no terapéuticas en nuestro Hospital se ajusta a los datos reseñados en la literatura.

O-1741

ASISTENCIA INTEGRAL AL POLITRAUMATIZADO

FJ Lucas Imbernón, L Jiménez de la Cruz, MA Galán Traba, FJ Lucas Galán, L Ródenas Heráez, F Pérez Gómez, JF Payá Berbegal

Hospital General Universitario de Albacete

Palabras Clave: politraumatizado, asistencia integral, urgencias hospitalarias

Objetivos:

La patología traumática sigue siendo un problema crucial desde el punto de vista sanitario, social y económico. Las investigaciones se centran en la realización de protocolos que coordinen los niveles asistenciales. La metodología ATLS del Colegio Americano de Cirujanos ha demostrado ser ampliamente eficaz.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de pacientes diagnosticados de politrauma en el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario de Albacete (SUHGU) en 2014. Variables a estudio: niveles asistenciales, mecanismos lesionales, constantes vitales, soporte ventilatorio, diagnósticos, pruebas complementarias, tratamientos, Escala GAP, mortalidad, supervivencia. Estadístico: variables cualitativas se describen como número y porcentaje y las cuantitativas con la media y desviación estándar. Comparaciones mediante chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher para las variables cualitativas. La comparación de las variables cuantitativas se realizará mediante la T-student. Supervivencia Kaplan-Meier. SPSS, (p<0,05).

Resultados:

Los pacientes politraumatizados atendidos en el SUHGU durante el 2014 han sido 135. El mecanismo lesional más frecuente: caída casual 44,4%. La asistencia prehospitalaria más realizada: UVIs del 112 en 83 pacientes (61,5%). En Urgencias, 70 pacientes fueron diagnosticados de TCE (52,2%), a 101 pacientes les hicieron un TAC total body (75,4%). Tiempos medios asistenciales: atención extrahospitalaria fue 38,27 minutos (DE ± 28,73). En urgencias fue 3,70 horas (DE ± 3,82). El tiempo medio de estancia en críticos fue 7,81 días (DE ± 11,44). En planta fue 9,26 días (DE ± 11,29). Estancia hospitalaria total fue 16,77 días (DE ± 16,91). En la escala GAP prehospitalaria riesgo: leve de mortalidad (64,4%), moderado (27,1%) y grave (8,5%). La escala GAP prehospitalaria por el 112 es igual a la de Urgencias, salvo en 8 pacientes (13,6%) en los cuales empeoró a su llegada a Urgencias (p=0,006). La mortalidad al alta: 11,85%. La supervivencia al alta fue del 95,40%.

Conclusiones:

La asistencia integrada de los pacientes politraumatizados (Código Trauma) del Hospital General Universitario de la GAIAB es muy buena con una tasa de mortalidad menor a la proporción esperada y la supervivencia mayor.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-1742

REANIMACIÓN DEL PACIENTE TRAUMATIZADO GRAVE CON SHOCK HIPOVOLÉMICO

JA García Fernández (1), L Roche Gutiérrez (2),
E Fernández Fernández (3), G Antón Martínez (3),
L Elvira Gutiérrez (3), I Pérez Regueiro (4)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Central De Asturias,
(2) Enfermera En SESPA, AS-IV, (3) Facultativo de Emergencias,
SAMU-SESPA, (4) Enfermera de Emergencias. SAMU-SESPA.
Oviedo, Asturias

Palabras Clave: hypovolemic shock, fluid therapy, trauma

Objetivos:

Trabajo sobre el controvertido tema de la resucitación hipovolémica en shock traumático con recomendaciones en cambio

Material o pacientes y método:

Estudio de revisión de la literatura científica mediante metodología ScopingReview, utilizando como fuentes de información: Pubmed, Cochrane, Cuiden, Scielo, Web of Science (WoS) y ScienceDirect, limitándose la búsqueda en el periodo de tiempo comprendido entre 1994 y 2014

Resultados:

De 159 artículos seleccionados inicialmente, 28 resultaron válidos, siendo 17 ensayos clínicos (60,7%), 10 estudios de cohortes (35,7%) y uno de casos-controles (3,6%). 20 tratan sobre fluidoterapia y 8 sobre la reanimación hipotensiva. El 60,7% incluían humanos en la muestra, el 21,4% ratas, y el 14,3% estudiaron cerdos. El ámbito de estudio principal fue hospitalario 46,4% (n=13), y 4 se realizaron en el medio extrahospitalario (14,3%). La lesión más frecuente es penetrante 39,3% (n=11) y el tipo de hemorragia no controlada (89,3%). El tipo de fluido más recomendado es el salino hipertónico combinado con coloide (21,4%, n=6), y el 17,9% (n=5), no obtuvieron resultados concluyentes. Respecto a los niveles de presión arterial (PA) adecuados en la reanimación hipotensiva: 3 trabajos estudiaron la PA sistólica (10,71%) y 5 estudios la PA media (17,86%). El 71,4% no trataron la reanimación hipotensiva. Respecto a la PA sistólica, 2 estudios (7,14%) recomiendan niveles entre 91-110 mmHg, mientras que uno establece 76-90 mmHg. 4 estudios (14,29%) consideran adecuados niveles de PA media 45-60 mmHg, mientras que un estudio recomienda PA media 61-75 mmHg. 4 estudios recomiendan fluidoterapia limitada y uno apuesta por tratamiento agresivo

Conclusiones:

Los cristaloides, principalmente Ringer Lactato, se mantienen como tratamiento de primera línea. El Salino Hipertónico es buena alternativa y fluido de elección en el traumatismo craneoencefálico. Respecto a la reanimación hipotensiva, niveles de PAS sistólica de 80-90 mmHg para la mayoría de los traumatizados graves, y niveles de PA Media 90 mmHg en traumatismo craneoencefálico. Finalmente, la administración rápida de un volumen superior a 1,5-2 litros de fluidos podría influir negativamente en la morbilidad, pero no existe consenso.

P-1743

¿ES MÁS VÁLIDO Y SEGURO EL USO DEL SCORE DE ALVARADO QUE LA EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS EN MAYORES DE 13 AÑOS?

M Romero Brugera, B Paderne Díaz, GM Gómez García,
E de las Nieves Rodríguez, A Vergaz Ballesteros,
J García Martín, A Andrés Valero

Urgencias. Hospital de Móstoles. Madrid

Palabras Clave: appendectomy, appendicitis/diagnosis, predictive value of test

Objetivos:

El Score de Alvarado (SA) supone una ayuda en el diagnóstico de apendicitis con una sensibilidad (Se) y especificidad globales de 82% y 81%, respectivamente. Un SA mayor de 6 permite proceder a la apendicectomía sin necesidad de pruebas de imagen adicionales. No obstante, algunos estudios concluyen que una estrategia basada en la experiencia clínica (EBE) tiene una mayor fiabilidad diagnóstica.

Material o pacientes y método:

Se recogen retrospectivamente 435 pacientes consecutivos mayores de 13 años que acudieron al Servicio de Urgencias por dolor en fosa ilíaca derecha y sin pruebas de imagen realizadas. Se realiza evaluación de pruebas diagnósticas para ambos métodos. El Gold Standard fue la ausencia de reingreso y cirugía en la semana posterior o la apendicectomía no terapéutica como variable resultado negativa y la variable resultado positiva la apendicitis confirmada en anatomía patológica. En la EBE se consideró test positivo la indicación de apendicectomía en la primera o única visita del paciente y negativo si no se indica la misma en la primera o única visita. En la estrategia SA se calcula el SA y el test se consideró positivo si el Score era ≥ 6 y negativo si ≤ 6 .

Resultados:

La Se de la EBE fue de 91,8% (IC95%, 88,3%-92%), Es de 92,9% (IC95%, 89,9%-95,9%), VPP de 83,7% (IC95%, 77,8%-90,3%), VPN de 96,6% (IC95%, 95,1%-96,6%), Coeficiente de probabilidad (CP) positivo 11,37 y CP- 0,08. La probabilidad postprueba (Prpostpr) + 93,5% y la Prpostpr negativa 96,3%. El SA tuvo una Se del 44,7% (IC95%, 36,3%-53,9%), Es de 96,4% (IC95%, 95%-96,4%), VPP de 83,3% (IC95%, 77,4%-84,2%), VPN de 81,57% (IC95%, 77,77%-85,66%), CP+ de 11,17 y CP- de 0,57. La Prpostpr +, 80,6%, Prpostpr ? de 81,7%.

Conclusiones:

La EBE en mayores de 13 años tiene mayor potencia predictiva positiva como negativa que el score de Alvarado en el diagnóstico de apendicitis.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

O-1744

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA INCIDENCIA DE LA ANEMIA AGUDA EN FRACTURAS DE PELVIS TIPO A (SEGÚN CLASIFICACIÓN TILE)

X Oncins casanova, LL Martínez Sañudo, JL Ruiz Socarras, J Cámara Cabrera

Hospital de Sabadell. Sabadell, Barcelona

Palabras Clave: fractura pelvis, anemia, transfusión

Objetivos:

Estudio retrospectivo de los pacientes que han acudido a urgencias por fractura estable de pelvis en los últimos 5 años, valorando la necesidad o no de transfusión sanguínea por pérdida hemática secundaria a la fractura.

Material o pacientes y método:

El estudio ha sido retrospectivo, revisando las historias clínicas de los pacientes atendidos, empezando el 1 de enero del 2011 hasta el 31 del 12 del 2015 en el SUH. Todos los pacientes estudiados han estado en observación durante 24 h y se les ha realizado analítica básica a su entrada y a las 24 h.

Resultados:

Se han revisado 345 historias médicas y 10 pacientes han necesitado transfusión de dos concentrados de hematíes, de los cuales 6 pacientes ya presentaban de entrada una anemia severa por enfermedad de base. Únicamente 4 pacientes han requerido transfusión de 2 concentrados de htes, de los cuales ninguno presentaba factores de riesgo. 55 pacientes tomaban terapia anticoagulante y 79 antiagregante. En las altas médicas 227 pacientes ha sido dados de alta a domicilio sin incidencias y 118 han sido ingresados, de los cuales 95 a unidad de convalecencia para rehabilitación funcional, 21 ingresos por otras causas no relacionadas con la fractura de pelvis y 2 éxitos.

Conclusiones:

Dado los resultados del estudio la mayoría de pacientes podrían ser dados de alta del SUH siendo controlados por su equipo de primaria y una tercera parte requieren ser valorados de entrada por el equipo de geriatría.

P-1745

TCE EN PACIENTES ANTIAGREGADOS Y/O ANTICOAGULADOS. ¿TIENE EL MISMO RIESGO LA ASPIRINA QUE EL SINTROM?

M Zarrabeitia Tormes, M Acha Martín, M Alonso Díez

Hospital de Basurto. Bilbao

Palabras Clave: TCE, hemorragia cerebral, anticoagulación/antiagregación

Objetivos:

El TCE leve/moderado en pacientes mayores de 75 años es un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencia hospitalarios. Concretamente en el área de urgencias trauma-quirúrgico de nuestro hospital se atendieron 859 pacientes en el año 2014. Según guías de actuación vigentes, si toman antiagregantes y/o anticoagulantes de forma crónica, se exige la realización de TAC craneal para descartar hemorragia aguda y conlleva ingreso en observación 24 horas, incrementando el coste del episodio.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo observacional incluyendo todos los pacientes mayores de 75 años en tratamiento con anticoagulantes y/o antiagregantes en el momento de ser atendidos en urgencias por TCE. Se obtuvieron los datos epidemiológicos, clínicos y farmacoterapéuticos de la historia, que incluye atención primaria y especializada. Para cada caso se registró: edad, sexo, causa de TCE, medicamentos, constantes y Glasgow al ingreso, resultados del TAC e INR cuando hubo sangrado.

Resultados:

De los 859 pacientes atendidos por TCE en el año 2014, 468(70% mujeres con una edad media de 85 años) estaban tomando anticoagulantes y/o antiagregantes. Se realizó TAC craneal al 87,8% (al 13,2% restante no se le realiza TAC por etiquetarse de trauma nasal y/o facial leves), detectándose hemorragia en el 8% de los pacientes antiagregados(24 de 298) 10,4% de los anticoagulados (16 de 154) y 12.5% (2 de 16) de los que tomaban fármacos de los dos grupos. En los pacientes que no recibían estos fármacos(356) se observaron 9 sangrados (2,5%) más en relación con traumatismos severos. De los 51 casos de hemorragia, 22 pacientes tomaban AAS 100, 3, clopidogrel y 16 acenocumarol o nuevos anticoagulantes y 2 pacientes tomaban antiagregación y anticoagulación. Sólo se observó un INR por encima de 3,5.

Conclusiones:

No se puede concluir que la toma de AAS a dosis bajas, tenga menos riesgo que la toma de anticoagulantes, aconsejando el seguimiento de las guías clínicas actuales.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-1746

ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA TRAUMÁTICA URGENTE HOSPITALARIA EN LA QUE SE EMITE PARTE JUDICIAL

I Pérez Torres, A Sánchez Canto, C Amodeo Arahall,
L Orozco Medina, R Santiago Cortés, M Genebat González

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Palabras Clave: urgencias médicas, traumatología, medicina legal

Objetivos:

Los estudios de pacientes a los que se emite parte judicial en urgencias, salvo la violencia de género, están poco estudiados, por lo que se planteó analizar este tipo de patologías.

Material o pacientes y método:

Se realiza un estudio observacional descriptivo retrospectivo de todos los pacientes que en junio de 2015 se emitió parte judicial en el Servicio de Urgencias del HRT del H.U. Virgen del Rocío. Los datos se extrajeron de la Aplicación Diraya: Hª Clínica, edad, sexo, diagnóstico 1º, 2º y 3º, causa por la que se emite el parte (clasificado en 12 tipos) y pronóstico (5 ítems), se introdujeron en una hoja de Excel y se trataron con el programa SPSS.

Resultados:

692 pacientes, 369 mujeres (53,32%), 323 hombres. Edad media 35,85 años, rango 4-90 años. Intervalo más frecuente: 21-40 años (53,90%). Causas más frecuentes: Accidentes de tráfico: 479 (69,21%), Agresión: 11,06%, Laboral: 8,82%, casual: 3,23%, Violencia de género: 1,88%. Pronóstico: leve: 645 (93,21%), moderado: 1,88%, grave: 3,03%, muy grave: 0,14%, éxitos: 3 casos, No especificado: 1,88% Patologías más frecuentes: 1. Raquialgias: 400 (57,80%), la cervicalgia supone el 89,50%, 2. Contusiones: 199 (28,76%), de la que los policontusionados son el 37,19%. 3. Esguinces: (4,70%). 4. Heridas (3,32%) y fracturas (2,17%).

Conclusiones:

Se emite un número importante de parte judiciales, a todas las edades, más frecuente entre 21-40 años y menor los mayores de 60 años. La causa más frecuente son accidentes de tráfico que genera en primer lugar raquialgia siendo la cervicalgia aguda postraumática la más frecuente, posteriormente las agresiones, los accidentes laborales y la violencia de género y violencia doméstica. Los datos analizados nos ayudan a conocer y planificar mejor atención a este tipo de situaciones.

P-1748

ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA MORTALIDAD DEL PACIENTE TRAUMATIZADO GRAVE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL INSULAR

M Vélez Armas, A Noval de la Torre

Servicio de Urgencias. Hospital Insular. Las Palmas

Palabras Clave: heridas y traumatismos, mortalidad, epidemiología

Objetivos:

La atención a los pacientes traumatizados graves supone un reto para la sociedad actual y para los profesionales sanitarios, encaminado a disminuir al máximo las consecuencias tanto sociales, económicas como personales para el paciente.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes traumatizados graves atendidos en nuestro centro en el periodo correspondiente a 2007-2013 con un Injury Severity Score superior a 16 puntos.

Resultados:

Población de estudio formada por 446 pacientes. Predominan los hombres (77%) frente a las mujeres (23%). Se objetiva predominio del sexo masculino en todos los rangos de edad, destacando entre 25 y 54 años, mientras que el femenino permanece prácticamente constante en la mayoría de los rangos de edad. Los mecanismos de lesión más frecuentes de forma general y por orden de frecuencia, son los precipitados a < 5 de metros (24%), seguidos de los accidentes de tráfico (21%) y los precipitados a > 5 metros (19%). Al separarlos por sexos, la frecuencia anterior es igual en el masculino, mientras que en el femenino el orden varía, destacando los precipitados a > 5 metros en primer lugar, seguidos de los precipitados a < 5 metros y los accidentes de tráfico en tercer lugar. La mortalidad del traumatizado grave se produce en un 16 %, produciéndose con mayor frecuencia antes de las 24 horas (63%). El mecanismo de lesión no influye en la mortalidad. Tras la implantación de protocolos se objetiva una disminución de la mortalidad.

Conclusiones:

Nuestro estudio aporta datos epidemiológicos y características del paciente traumatizado grave así como la necesidad de la implantación de guías de actuación en el manejo de estos pacientes, ya que mejora la calidad en la atención y disminuye su mortalidad.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-1749

TRIAJE AVANZADO. ESGUINCE DE TOBILLO

JA Magallón Puy (1), M Griabal García (1), JJ Eito Cuello (1),
F Francia Franco (1), MD Loncan Margalejo (2), G Moreno Mejía (1),
JE Marcelín (1)

(1) Hospital Barbastro, (2) Centro de Salud Monzón Rural. Huesca

Palabras Clave: triaje, tobillo, urgencias

Objetivos:

Un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias son los esguinces de tobillo, representando un coste económico considerable. El uso de las Reglas de tobillo de Ottawa disminuye el número pruebas innecesarias en los traumatismos de tobillo. Su aplicación en un triaje avanzado podría disminuir los tiempos de espera de pacientes.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo observacional de 329 casos de esguince de tobillo. Se aplicaron las Reglas de tobillo a todos los pacientes y se solicitaron radiografía tanto si son positivas como negativas. Se registraron los datos en unas hojas diseñada para dicha cuestión. Análisis estadístico mediante SPSS 15.0

Resultados:

En nuestro estudio la sensibilidad combinada fue del 91,6%, la mayoría de los estudios obtuvieron niveles muy altos de sensibilidad. La especificidad de nuestro estudio es del 20,53 % similar a los que se pueden obtener con el resultado obtenido en metaanálisis de Bachmann et al. Publicado en BMJ 2003 su resultado fue muy variable, en algunos estudios era tan baja como del 10%, en la mayoría estaba alrededor del 40%, y en otros pocos era tan alta como del 70%.

Conclusiones:

Las Reglas del tobillo de Ottawa pueden ser una herramienta a tener en cuenta en la aplicación de un triaje avanzado en la toma de decisiones. Se debe considerar positivo el uso y difusión de las Reglas del tobillo de Ottawa en el Triage en los Servicios de urgencias. La sensibilidad del 92% demostrada en nuestro estudio, confirma la eficacia clínica de las reglas para identificar a los pacientes que, presentando riesgo de presentar fractura, requieren Radiografía para su diagnóstico. El uso de las Reglas del tobillo de Ottawa debería suponer un ahorro económico y asistencial, al poder disminuir las radiaciones innecesarias, y tiempos de espera. Así como una mejora en el sistema organizativo y la optimización de recursos humanos y materiales.

P-1750

ATENCIÓN INTEGRAL AL TRAUMA: ANÁLISIS DE LA ASISTENCIA POR UNIDADES DE SOPORTE VITAL AVANZADO Y RESULTADOS HOSPITALARIOS

M Benito Lozano (1), M Expósito Rodríguez (1), S Pérez Quintero (2),
A Álvarez Castillo (3), S Matos Castro (4), J Díaz Acosta (4),
I Herranz Duarte (4)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Canarias,
(2) Servicio de Urgencias Canario, Tenerife, (3) Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Canarias, Tenerife,
(4) Universidad Europea de Canarias. Facultad de CC de la Salud. La Laguna-S/C de Tenerife

Palabras Clave: trauma, registro, urgencias

Objetivos:

Muchos son los estudios que defienden la importancia del factor tiempo en la atención a los pacientes con traumatismo.

Material o pacientes y método:

Casos atendidos entre el 1/01/2013 y 31/08/2014 por unidades de soporte vital avanzado, con destino al Hospital Universitario de Canarias (Tenerife), con diagnósticos de PTT.

Resultados:

Nuestro PTT tipo es un varón de 42 años, al que asiste el equipo de Soporte vital en 13,1 minutos, se actúa in situ 25 minutos, se traslada en 15 minutos, con un tiempo total desde de 52 minutos. Su tensión inicial media es de 114 mmHg, su puntuación de Glasgow es de 13 y su mortalidad estimada es del 37%. En el Hospital, el tiempo desde que llega hasta la realización de la radiografía de tórax es de 49 minutos, y de 16 minutos para el TAC. Permanece en Urgencias 2:42 horas hasta su ingreso en UVI, con una estancia en ese servicio de 3 días, y una estancia hospitalaria de 13 días. Es atendido por una media de 4 especialidades. En caso de necesitar intervención quirúrgica en las primeras 24 horas, el tiempo medio de traslado a quirófano es de 8:28 horas. No hemos encontrado diferencias significativas entre las asistencias dispensadas por las ambulancias medicalizadas y sanitizadas. El Servicio Urgencias atiende de forma finalista al 42 % de los pacientes con diagnóstico inicial prehospitalario de PTT. La mortalidad de nuestra serie fue del 14,4%.

Conclusiones:

El SEM (112-Canarias) atiende en un tiempo adecuado al PTT comparable al resto de SEM de nuestro país. Los tiempos hospitalarios son mejorables, sobre todo de aquellos pacientes que requieren intervención quirúrgica en las primeras 24 horas. No obstante la mortalidad es similar a la de otras series españolas. Deben mejorarse los registros de la frecuencia respiratoria y el componente motor de la GCS y hacerse uso de los índices predictivos extrahospitalarios.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-1751

NUESTRA EXPERIENCIA EN EL CONTROL DEL DOLOR EN LUMBALGIAS SUBAGUDAS O CRÓNICAS

MJ Fernández Vázquez, P Cuesta Rodríguez, R Rodríguez Herrero, A Langa Fernández, M Solís López, A García Noriega

Hospital de Cabueñes. Candas, Asturias

Palabras Clave: low back pain, treatment, emergency medical service

Objetivos:

La prevalencia del dolor lumbar a lo largo de la vida, de más de dos semanas de duración, es de 13.8%, siendo el 1.6% ciática. El dolor lumbar es uno de los motivos de consulta más frecuente en urgencias. Dada la escasez de recomendaciones específicas para urgencias y la poca bibliografía sobre el manejo conservador del dolor lumbar resistente a tratamiento domiciliario estándar, decidimos revisar nuestra actuación sobre el tema.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional descriptivo transversal, revisando pacientes con diagnóstico de lumbalgia a tratamiento en el box de observación de nuestro servicio de urgencias en periodo 01/01/2015-31/12/2015.

Resultados:

Revisamos 60 pacientes, 51.6% mujeres, media de edad 57,28 años, 70% código amarillo triaje Manchester. Presentan dolor moderado-severo 88,4%, media de tiempo del dolor de 12,25 días, 78,4% tienen dolor irradiado, 20% clínica neurológica. En 18,3% no se realiza Rx en urgencias, de las realizadas, son patológicas 74%, no tienen TAC/RNM previa 63%, hay 2 pacientes pendientes de intervención quirúrgica. Un 13.3% no tienen tratamiento domiciliario, de los que tienen, 74,07% AINES seguido de paracetamol 38,88%, siendo AINES+metamizol la combinación analgésica más frecuente 13.3%, tienen tratamiento coadyuvante 59%. Un 62,96% recibieron AINES en urgencias, siendo el fentanilo el segundo fármaco más utilizado 10%. En boxes de observación el 73,3% recibieron tratamiento intravenoso con bomba de perfusión asociando varios analgésicos, coadyuvante más utilizado fueron benzodiazepinas 43,3%. El tiempo medio de tratamiento en urgencias es de 17,8 horas (máxima 26 horas-mínimo 4 horas). 81,6 % son alta modificándose tratamiento en el 96% de los casos. Reingresaron el 18,3%

Conclusiones:

Las lumbalgias candidatas a tratamiento intravenoso en observación presentan un dolor moderado-severo, irradiado y sin diagnóstico definitivo de imagen. En la mayoría de los casos tienen tratamiento domiciliario con AINES y algún coadyuvante. Tras tratamiento intravenoso con bomba de perfusión de varios analgésicos en su mayoría son dados de alta con modificaciones en el tratamiento

P-1753

FACTORES PREDICTORES DE GRAVEDAD EN PACIENTES CON ANTICOAGULACIÓN ORAL QUE SUFREN TCE

I Pérez Torres, C Prieto Candau, M Genebat González, PC Aguilera Cros, MA Muñoz Sánchez, M Gascón

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

Palabras Clave: TCE, anticoagulación, severidad

Objetivos:

La anticoagulación oral (ACO) es una terapéutica muy extendida en la población anciana, con alta comorbilidad y con frecuentes caídas, con el consiguiente riesgo de sangrado postraumático. Los factores de riesgo de sangrado intracraneal tras traumatismo craneoencefálico (TCE) leve en los pacientes en tratamiento con ACO no son bien conocidos.

Material o pacientes y método:

Se realizó un estudio retrospectivo, recogiendo los pacientes ingresados durante un año natural en área de observación del hospital de rehabilitación y traumatología Virgen del Rocío de Sevilla, que estuviesen tomando ACO y hubiesen sufrido un TCE clínicamente leve, definido como GCS entre 13 y 15 puntos.

Resultados:

Se recogieron 86 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión: el 67.1% eran mujeres, con una edad media de 75.9 años, como comorbilidades el 81.2% presentaban HTA, 32.9% DM tipo 2 y 38.8% insuficiencia cardíaca. El principal motivo de ACO era la FA crónica (83.5%). A todos los pacientes se les practicó TAC craneal, que fue patológico en el 40% de ellos. Las variables que se asociaron con la probabilidad de presentar un TAC patológico fueron un GCS < 15 y un INR alargado.

Conclusiones:

La presencia de ACO supone un mayor riesgo de sangrado intracraneal hemorrágico tras TCE clínicamente leve, observándose un alto porcentaje de TAC patológico en esta población. Adicionalmente, la presencia de un GCS < 15 y un INR alargado suponen un signo de alarma que obliga a priorizar desde triaje a estos pacientes, de cara a optimizar el tratamiento e iniciar lo más precozmente posible la reversión de anticoagulación con vitamina K y complejo protrombínico, así como una potencial evacuación de la lesión sangrante intracraneal.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-1756

UNA DISMENORREA DISTINTA

C Canet Fajas, C Marco López, L Urieta González, L García Forcén, A Irigoyen Von Sierakowsky, D Idoipe Rubio

Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza

Palabras Clave: dysmenorrhea, uterus didelphys, herlyn-werner-wunderlich syndrome

Objetivos:

Paciente, 24 años, sin antecedentes de interés que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal en hipogastrio irradiado hacia zona umbilical, acompañado de náuseas, sudoración. No fiebre. No sd miccional. No alteraciones ritmo deposicional. Episodio similar hace un tiempo que cedió con AINE. FUR 3 semanas antes. Ciclos menstruales 28 por 4, con dismenorrea. Menarquia a los 12 años.

Material o pacientes y método:

Análítica: discreta leucocitosis con neutrofilia. Prueba de embarazo: negativa. Rx torax/abdomen: sin alteraciones ECO ABD: Líquido libre subhepático y en pelvis (en mayor cuantía en FID). Agenesia renal derecha. Probable malformación uterina (útero bicornue). Se realiza ECO TRANSVAGINAL: útero doble con endometrio de segunda fase premenstrual. A la exploración: GE normales, vagina con tabique en tercio superior, doble cervix uterino (un cervix en posterior, y otro más rudimentario en cara lateral derecho).

Resultados:

Los síntomas se suelen presentar poco después de la menarquia, cuando la formación de hematocolpos deriva en dismenorrea y masa a nivel de Douglas, así como alteraciones en el patrón menstrual (oligomenorrea o amenorrea). Sin embargo, en un porcentaje elevado de casos los síntomas inespecíficos junto con un patrón menstrual normal hacen difícil su diagnóstico precoz. Las complicaciones iniciales pueden manifestarse en forma de piohematocolpos, piosalpinx o incluso pelviperitonitis. A más largo plazo puede aparecer endometriosis, adherencias pélvicas y riesgo aumentado de infertilidad.

Conclusiones:

Es una patología poco frecuente, que por su difícil diagnóstico puede pasar desapercibida. No por ello debemos olvidarla pues la precocidad en el diagnóstico supone una mejora de la sintomatología y puede ser determinante para preservar la función reproductiva de la paciente. Las pruebas de imagen indicadas son la ECO TV y la RMN.

P-1757

PATOLOGÍA TRAUMÁTICA EN FIESTAS TAURINAS POPULARES

MT Meneses Yaruro, MR Cozcolluela Cabrejas, LA Sanz Salanov, I Alberdi Ibáñez, A Gargallo Vaamonde, M Sanz Galve

Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra

Palabras Clave: traumatismo, vaca, urgencias

Objetivos:

Los espectáculos taurinos populares son frecuentes en la Ribera de Navarra, zona de influencia de nuestra área de salud, con una población aproximada de 100.000 habitantes.

Material o pacientes y método:

Se trata de un estudio retrospectivo en el que se revisan 103 pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias de nuestro hospital con patología relacionada con los toros en un periodo de 10 años (2006 a 2015). Se valora la edad y sexo de los pacientes, la exposición a tóxicos, periodo del año en el que se produjeron las lesiones, tipo de lesión (herida abierta, lesiones secundarias a traumatismo de alta energía o lesiones mixtas), periodo de ingreso hospitalario, traslado a otro centro hospitalario y complicaciones.

Resultados:

Los pacientes presentaban heridas abiertas (59), lesiones cerradas (33) y lesiones mixtas (11). La localización general de las lesiones fue: muslo (32), pierna (21), periné (14), abdomen (8), tórax (7), brazo (5), columna (7) y cerebral y cráneo-facial (5). La localización de las lesiones dependiendo del mecanismo de producción muestra que las heridas abiertas fueron más frecuentes en extremidades inferiores, periné y abdomen, mientras que los traumatismos cerrados se localizaron más frecuentemente en tórax, cerebro, huesos faciales y columna. Un total de 71 pacientes requirió cirugía: 65 pacientes por lesiones producidas por heridas por asta de toro, 5 fueron intervenidos por fracturas y 1 paciente precisó cirugía craneal descompresiva. 2 pacientes sufrieron complicaciones.

Conclusiones:

Las lesiones producidas en espectáculos taurinos populares son muy frecuentes en nuestra área sanitaria. Las lesiones son diferentes en pacientes con heridas abiertas y en aquellos que han sufrido traumatismos de alta energía. Debemos conocer las lesiones más frecuentes y la patogenia de las mismas con el fin de mejorar la supervivencia de los pacientes.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-1758

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN PACIENTE ANTICOAGULADO Y ANTIAGREGADO. ¿LE ESTAMOS DANDO MÁS IMPORTANCIA DE LA QUE TIENEN?

A Martín Quirós (1), J Aciego Sánchez (2), C Maroun Eid (1), P Romero Gallego-Acho (1), A Martínez Virto (1), C Carballo Cardona (1), M Quintana Díaz (1)

(1) Hospital Universitario La Paz, (2) Facultad de Medicina. UAM. Madrid

Palabras Clave: head injury, anticoagulation, antiplatelets

Objetivos:

Los pacientes anticoagulados/antiagregados que sufren traumatismo craneoencefálico (TCE) son sometidos a vigilancia en los Servicios de Urgencia mayor que los pacientes sin estos tratamientos. Sin embargo, no existe gran evidencia que apoye este manejo diferenciado.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo con inclusión de 100 pacientes anticoagulados o antiagregados atendidos en el servicio de Urgencias por TCE, entre diciembre-noviembre de 2015. Se registraron variables clínicas, analíticas y evolutivas de los pacientes incluidos. Los resultados de variables cualitativas, se expresarán como número absoluto, al coincidir con el %.

Resultados:

La edad media fue de 82.6 ± 8.7 años. Fueron mujeres 53. Ningún paciente tenía hepatopatía o coagulopatía previas. Hubo 10 con insuficiencia renal crónica (4 leves, 3 moderadas y 3 graves). De los 47 anticoagulados, 41 estaban con acencumamol, 5 con anticoagulante oral directo y 1 con heparina de bajo peso molecular. Estaban antiagregados 55 pacientes (51, aspirina y 4, clopidogrel). El TCE fue, en 98 casos por caídas desde la propia altura, 1 caso por caída <2 metros y 1 caso sin caída. Hubo pérdida de consciencia en 14 pacientes (6 duraciones registradas): 1 minuto en 3 casos y 2, 3 y 5 minutos en un caso respectivamente. La puntuación en la escala de Glasgow (GCS) fue: 15 en 93 casos, 14 en 4 y 13, 10 y 6 en un caso respectivamente. La presión arterial sistólica fue de 134.4 ± 25 y la frecuencia cardiaca de 77.6 ± 16.6 . En 5 casos hubo hematoma subdural y en 1 contusión cerebral. El INR estuvo en rango entre 2-3 en 20 casos. En la observación posterior, hubo 14 nuevos eventos clínicos: 3 disminuciones del GCS, 1 empeoramiento de cefalea, 4 cuadros confusionales, 4 episodios no relacionados con el TCE y 2 exitus. En 3 hubo nuevo sangrado (a las 8, 27 y 48 horas del TCE). Finalmente, 74 pacientes fueron dados de alta, 19 ingresaron en planta, 1 en UCI y 1 derivado a otro hospital. Reingresaron por cualquier motivo 14 pacientes.

Conclusiones:

El TCE en pacientes anticoagulados/antiagregados es una patología frecuente (100 casos en < 2 meses) con una gravedad global baja siendo, además, infrecuente el desarrollo de complicaciones en la evolución posterior.

P-1762

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE PRODUCIDO POR UN HACHA

AM Nieto Huertos (1), LA Peña Luengo (1), RM Aparicio Alonso (1), MA Martín Pérez (2)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Virgen Concha. Zamora, (2) Servicio de Radiodiagnóstico. Zamora

Palabras Clave: traumatismo craneoencefálico, traumatismo penetrante en la cabeza, sedoanalgesia

Objetivos:

Traumatismo craneoencefálico (TCE) se define como lesión estructural o funcional del cráneo y/o su contenido secundario a un intercambio brusco de energía mecánica (1). El traumatismo craneoencefálico grave (TCEG) contempla una puntuación de ECG < 9, existencia de una disminución progresiva de la conciencia con signos neurológicos focales, lesión craneal penetrante o fractura craneal con hundimiento palpable. (5) En el TCE es primordial prevenir los mecanismos de lesión cerebral secundaria: hipertensión intracraneal, edema cerebral, hipotensión arterial, hipertermia, hipoxia, hiperoxia, hipernatremia, hiponatremia y convulsiones. La finalidad es mantener una adecuada presión de perfusión cerebral y oxigenación para mejorar los resultados en tasas de mortalidad. (3,4,7) El TCEG representa una importante causa de mortalidad e incapacidades en todo el mundo. La incidencia se estima en 200 por cada 100.000 habitantes. (2). La morbimortalidad depende del uso de tratamientos actualizados realizados por equipos multidisciplinares coordinados. (6)

Material o pacientes y método:

Varón de 57 años con TCEG producido por arma blanca. Se comprobó aislamiento correcto de vía aérea mediante IOT. Se mantiene sedoanalgesia y relajación administrando Fentanilo 100 microgramos iv, Cisatracurio 0.03 mg/Kg cada 20 minutos y perfusión de Midazolam a 0.1 mg/Kg/h. Se mantiene PA sistólica por encima de 90 mmHg. y control de diuresis. Se programa ventilador mecánico PO2 100-120 mmHg, PCO2 35, volumen tidal entre 6-8 ml/Kg. Se administra vacuna antitetánica, gentamicina 80 mg iv, cefazolina 2 g iv, Levetiracetam 1000 mg iv. y Pantoprazol 40 mg iv. Se realiza TAC C urgente que describe importante neumoencefalo secundario a la fractura deprimida con pérdida de sustancia, burbujas aéreas aisladas algunas asociadas a múltiples fragmentos de conminución frontoparietal, mínimas zonas de sangrado subaracnoideo.

Resultados:

Se consigue estabilizar al paciente y trasladarle de forma segura a UCI del Hospital de Referencia con Servicio de Neurocirugía.

Conclusiones:

En el Servicio de Urgencias es primordial valorar al paciente con TCEG, clasificar las lesiones y realizar TAC craneal, administrar tratamiento precoz y traslado seguro a UCI de Hospital de referencia con Servicio de Neurocirugía.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-1764

ASISTENCIA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA PROVINCIAL

MA Gispert Ametller, G Brugué Fontàs, M Zafra Morales, D Verduras Cenís, R Arcega Sainz, C Cordón Bueno, P de Manuel Rimbau Muñoz

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta. Girona

Palabras Clave: politraumatizado, registro, protocolo

Objetivos:

El Hospital Universitario de Girona Doctor Josep Trueta, es el hospital de referencia para la atención al paciente politraumatizado en la provincia de Girona.

Material o pacientes y método:

Se utilizaron los datos introducidos durante el año 2015 en el registro TraumCat.

Resultados:

Durante el año 2015 se atendieron 95 pacientes politraumatizados graves en nuestro centro, de los cuales 10 fueron pediátricos. El 76% de los pacientes eran varones. El 50% de los pacientes tenían edades comprendidas entre los 20 y 50 años. Las causas mas frecuentes de politraumatismo fueron los accidentes de trafico, las precipitaciones y los atropellos. Un 50% de los enfermos estaban catalogados como prioridad 0 (inestabilidad hemodinámica o bajo nivel de consciencia), en 21 casos presentaban una puntuación del ISS>25, y 10 de 25.. Un 49% de ellos precisaron intubación oro-traqueal. En un 24,7% de los casos se preciso transfusión. La estancia media en urgencias fue de 8.25 horas. Un 37,5% de los pacientes ingreso en UCI y un 30% preciso cirugía urgente. La mortalidad dentro del episodio urgente fue del 6.25%.

Conclusiones:

En nuestro servicio se atienden pacientes politraumatizados de gravedad. Des de la aplicación de un protocolo específico de atención se ha conseguido disminuir la estancia en urgencias.

P-1765

PREVALENCIA DE ACCIDENTES DE TRÁFICO SEGÚN INFLUENCIA DE VARIABLES DEMOGRÁFICAS EN UN HOSPITAL DEL SEGUNDO NIVEL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

P Ramírez Cabello (1), A Kanaan Kanaan (1), G Quispe Figueroa (2), J García Martín (3), A Vergaz Ballesteros (2), W Fulgencio Inoa (2), F Hernández Salgado (2)

(1) Hospital Universitario de Móstoles, (2) Hospital Universitario de Móstoles/Centro de Salud Alcalde Bartolomé González. Madrid

Palabras Clave: accidents, traffic, epidemiology, classification

Objetivos:

Los accidentes de tráfico (AT) constituyen un grave problema de salud pública. La OMS estima que cada año se producen en todo el mundo aproximadamente 1,24 millones de muertes por accidentes de tránsito. Se calcula que entre 20 a 50 millones son víctimas de accidentes no fatales. España ocupa la quinta posición en el ranking europeo por tasa de víctimas mortales.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Muestra de 307 víctimas de tráfico que ingresan a Urgencias del Hospital Universitario de Móstoles durante el periodo comprendido de enero a diciembre del 2014. La selección de los pacientes fué al azar por medio de muestreo sistemático. El análisis estadístico con el programa estadístico SPSS 21.

Resultados:

Se analiza las variables socio demográficas observando una ligera predominancia del sexo femenino con 155 casos. Entre los 15 y 34 años, se concentra el mayor número de víctimas representando el 52% del total. Los factores dependientes del entorno físico podrían ser responsables de hasta un 20% de los AT. El mayor número de accidentes se dio entre las 08-19 horas con 145 casos (47%), el mayor número de casos se presentó en los días laborables con 250 casos (81%), se presentó más accidentes en la vía urbana con 238 casos (78%), mientras que la vía interurbana presentó 69 casos (22%). Tipo de colisión más frecuente fue la posterior o alcance con 234 casos (78%). El dispositivo de seguridad más empleado fue el cinturón de seguridad con un registro de 123 casos (40%), debido al infraregistro de las historias clínicas encontramos un ítem de dispositivo de seguridad desconocido con 172 pacientes (56%).

Conclusiones:

La prevalencia de Accidentes de tráfico es mucho más alta en gente joven y sana. El tipo de accidente por alcance es el más frecuente, de lo que se deduce que la velocidad es la causa más frecuente. También es más frecuente a nivel urbano. La mayoría de los accidentes de tráfico ocurren durante los días laborables.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-1771

PUENTE MIRANDÉS: MODIFICACIÓN DEL PUENTE HOLANDÉS EN MOVILIZACIÓN DE PACIENTE TRAUMÁTICO

R Artíguez Terrazas (1), JA Gutiérrez Sevilla (2), C Roca Casqueiro (1), A Jorge Carpio (1), JM Pueyo Peña (2)

(1) Ambulancias Rodrigo, (2) UME Miranda GES SACYL. Miranda de Ebro, Burgos

Palabras Clave: traumatismo múltiple, transporte de pacientes, primeros auxilios

Objetivos:

La técnica para la movilización inicial del paciente traumático y colocación sobre tablero espinal largo u otro dispositivo, se realiza una elevación, traslación lateral y descenso de la víctima. Es una técnica que requiere entrenamiento y cierta forma física por parte de los intervinientes, que no está exenta de fallos y riesgos laborales. En este trabajo se presenta una modificación en la colocación de los rescataadores que ha demostrado en la formación y práctica laboral ser útil, estable y efectiva.

Material o pacientes y método:

Tablero espinal largo o elemento similar. Collarín cervical.

Resultados:

En la formación sobre el manejo inicial del paciente traumático, se ha evidenciado que una modificación en la colocación de los intervinientes a la hora de efectuar la técnica denominada Puente Holandés ofrece mejores resultados de estabilidad durante el procedimiento para el herido y menor riesgo de lesiones de espalda para los profesionales. Dicha modificación se basa en la colocación del rescatador que desplaza al paciente por los hombros en sentido contrario al habitual, estabilizando su hombro con el del rescatador que tracciona desde la cadera y en la modificación de los pies del resto de los intervinientes, dando mayor estabilidad y alineando mejor los centros de gravedad sobre las bases de sustentación de los profesionales.

Conclusiones:

La modificación de la técnica Puente Holandés con el cambio de uno de los rescatadores y la modificación de la colocación de los pies del resto, parece demostrar que es más estable y ordena mejor las cargas para una manipulación más estable, más segura, más rápida y con menos riesgos laborales.

P-1772

ANÁLISIS DE LAS LUMBALGIA DIAGNOSTICADAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

M Hernández Gajate, R López Izquierdo, I González Manzano, JC Sánchez Rodríguez, M Álvarez Rabanal, JA Moche Loeri

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Palabras Clave: lumbalgia, ciática, urgencias

Objetivos:

Podemos definir la lumbalgia como el dolor localizado en la parte baja de la espalda. El origen puede ser mecánico (traumático, no traumático), inflamatorio (compresión nerviosa) o inespecífico, este último es un cajón de sastre en el que no es posible llegar a un origen etiológico claro. Tradicionalmente esta entidad genera muchas atenciones en los servicio de urgencia hospitalario (SUH) existiendo la percepción de que puede producir muchas re-atenciones y consultas por el mismo motivo.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo retrospectivo. Ámbito: SUH. Criterios inclusión: pacientes mayores de 14 años diagnosticados de lumbalgia, ciática o equivalente. Variables: Atenciones, pacientes, edad, género, frecuencia: polifrecuentadores (PF): más de una visita anual por este motivo, visita única (VU), Triage según SET, clasificación: Artrosis, lumbalgia traumática (LT), lumbalgia mecánica (LM), lumbalgia inflamatoria (LI), lumbalgia inespecífica (LIS), destino: ingreso (IH), alta, consultas externas (CE). Descripción cuantitativas: medias (dt), mediana (rango), cualitativas: frecuencias (%). Comparación variables: cuantitativas: t student, cualitativas: Chi-Cuadrado. Software: SPSS 20. $p < 0,05$.

Resultados:

Total atenciones: 81.787. Total atenciones lumbalgias: 2.142(2,61%), 5,86 atenciones/día. El total de atenciones corresponde con: 1863 pacientes. VU:1675(89,9%), PF:188(10,1%), Mediana frecuentación: 2(2-24). Mujer: 53,6%. Edad media pacientes: 52,2(18,2). Edad media/genero: varón: 49,0(17,7), mujer: 55,0 (19,4) $p < 0,05$. Edad media/frecuentación: VU:51,8(18,0), PF:56,3(17,4) $p < 0,05$. Genero/frecuentación: VU:Mujer: 53,8%, PF:53,6% $p > 0,05$. Triage atenciones: I: 0,6%, II: 32,1%, IV: 63,1%, V: 4,1%. Clasificación/atenciones: Artrosis: 0,8%, LT: 12,4%, LM: 18,2%, LI: 33,1%, LIS: 35,5%. Clasificación/atenciones/frecuentación(VU/PF): Artrosis: 0,8%/0,9%, LT: 14,9%/5,7%, LM: 20,1%/11,2%, LI: 27,4%/53,9%, LIS: 36,8%/30,83%, $p < 0,05$. Destino/atenciones: (VU/PF): IH: 1,1%/3,9%, Alta: 83,6%/70,7%, CE: 15,4%/25,0%, $p < 0,001$.

Conclusiones:

Las atenciones por lumbalgia aunque globalmente no tienen una gran prevalencia si tienen una elevada incidencia, con un nivel de gravedad bajo. Afecta personas de mediana edad. Las reatenciones por este motivo son elevadas. La edad media es significativamente mayor en pacientes PF. Globalmente la LIS es la más frecuente. Los PF vuelven por LI y generan más ingresos y CE de forma significativa. Sería necesario, realizar más estudios para valorar los PF y canalizar sus atenciones en otros niveles asistenciales más adecuados.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-1774

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

L Alonso Andrés, P Avellaner Lacal, MP Romo Duran, AB Marino Marino, L Pérez Rodríguez, V Vaquero Sobrino, MJ Folgado Becerra

Hospital Virgen de La Concha. Zamora

Palabras Clave: lesión, cerebral, Glasgow

Objetivos:

El manejo TCE se enfoca en minimizar el daño secundario optimizando la perfusión y oxigenación cerebral y prevenir o tratar morbilidad no neurológica. Las causas más frecuentes son: Accidentes de tráfico: 75%. Caídas: 20%. Lesiones deportivas: 5%.

Material o pacientes y método:

La metodología utilizada es la revisión bibliográfica con búsqueda en diferentes fuentes como internet, libros en edición online. El método descriptivo.

Resultados:

El TCE se divide en: -Lesión cerebral primaria: son las lesiones directas del encéfalo y lesiones vasculares asociadas. -Lesión cerebral secundaria: proceso lesional que se genera tras una lesión primaria. El TCE se clasifica en base a la afectación del estado de conciencia o la escala de coma de Glasgow (ECG). En el TCE leve o concusión (ECG 13-15) los pacientes han experimentado una pérdida de la conciencia menor a treinta minutos y con dolor de cabeza, confusión y amnesia. En el TCE moderado (ECG 9-13) el paciente letárgico o estuporoso. Requieren hospitalización y pueden necesitar una intervención neuroquirúrgica, están asociados con una mayor probabilidad de hallazgos anormales en las técnicas de neuroimagen. En el TCE grave o severo (ECG 3-8) el paciente tiene un estado comatoso. Neuroimagen anormal, (TAC/TC) con fractura del cráneo o hemorragia intracraneal. Ingresan en la UCI, para el control de la vía aérea, ventilación mecánica, evaluación o intervención neuroquirúrgica y monitorización de la presión intracraneal (PIC). Diagnóstico del TCE: Se evalúa el nivel de conciencia, con clasificación del nivel de gravedad del TCE, mediante la Escala de Glasgow. Examen pupilar. Diagnóstico de imagen. Tratamiento: La morbimortalidad viene marcada por un tratamiento agresivo para el mantenimiento de la perfusión cerebral y la prevención de lesiones cerebrales secundarias. TCE leve Si la exploración neurológica es normal, se le da de alta. Control domiciliario. TCE moderado- grave Ingreso en un hospital. Con mucha frecuencia presentan otras lesiones independientes de las neurológicas. Reconocimiento de las complicaciones y su tratamiento de forma paralela.

Conclusiones:

La autonomía física, funcional, cognitiva y emotiva. Preparar al afectado para la vuelta a casa y aumentar en gran medida sus posibilidades de reinserción social.

P-1776

SALTANDO CON LA MUERTE

MR Castán Lagrava (1), LM González Torres (2), MM Fernández de Béjar (2), JI Gimenez (3), C Sarabia Cárcel (1), M Sacristán Román (4), M Lera Mateos (5)

(1) Centro de Salud Alcantarilla-Sangonera. Murcia, (2) Centro de Salud Floridablanca. Murcia, (3) Centro de Salud Vistabella. Murcia, (4) Centro de Salud Espinardo, Murcia, (5) Clínica Diagonal.

Palabras Clave: multiple trauma, hemorrhage, shock, hemorrhagic

Objetivos:

Mujer, 42 años con antecedentes de EPOC, coinfección VIH, en tratamiento, y VHC con hepatopatía crónica, ex-ADVP en tratamiento con metadona, portadora de prótesis valvular. En tratamiento por síndrome depresivo. Traída a urgencias por O61 por precipitarse desde un primer piso de forma voluntaria tras discusión con su pareja. A su llegada estable clínica y hemodinámicamente, salvo dolor en miembros. Pruebas de imagen, TC-total body, informa de ausencia de lesiones cervicales, torácicas ni abdominales, y radiografías con fracturas múltiples en miembros superiores e inferiores. Ingres a cargo de Traumatología para manejo de dichas fracturas.

Material o pacientes y método:

Diez días después, durante el ingreso, comienza con deterioro del estado general, obnubilación, hipotensión arterial, con descenso de cifras de hemoglobina, de 15 a 7 mg/dl, ingresando en UCI. Presenta a la exploración TA 75/54mmHg, 84 lpm, 22 rpm, 97% satO2, 35°C. Impresiona de gravedad, MEG, obnubilada, palidez, taquipnea, ACP normal, dolor a la palpación abdominal difusa, con signos de irritación peritoneal, miembros fijados con yesos. Se realiza ecografía abdominal: alteración difusa de la ecogenicidad, sugiriendo sangrado intraperitoneal de probable origen esplénico. Se decide intervención quirúrgica urgente, no encontrando origen de sangrado intraabdominal. Se solicita angioTC, objetivándose sangrado de predominio retroperitoneal localizado en psoas iliaco con tres puntos de sangrado activo.

Resultados:

Se remite a radiología intervencionista, que solo puede embolizar uno de los focos de sangrado, por inestabilidad hemodinámica. En UCI se mantiene inestable hemodinámicamente, a pesar de drogas vasoactivas, cristaloides, trasfusión, correcciones acido-base y diuréticos, presentando, a las 15h de la embolización, bradicardia extrema y exitus.

Conclusiones:

Es importante la revaluación de un paciente tras un traumatismo de alta energía, ya que puede presentar complicaciones secundarias que comprometan su vida, pese a tener una valoración inicial anodina. La decisión de llevar a quirófano a esta paciente, retrasó su traslado a radiología intervencionista, y se realizó en base a una ecografía abdominal dudosa. No se realizó antes el angioTC por inestabilidad clínica, pero sí se sometió a una cirugía sin tener claro foco abdominal del sangrado, ya que tanto la exploración como la ecografía no eran concluyentes con clínica intraabdominal franca.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-1780

MAL KARMA

A Urraca Gamaury (1), D Diego Pinto (2), AM Nieto Huertos (1), G Humada Álvarez (1), C González Sedes (1), S García Mateos (1)

(1) Servijo de Urgencias. Hospital Virgen Concha. Zamora

(2) Hospital Comarcal Benavente. Salamanca

Palabras Clave: amputación, mano, dedo

Objetivos:

Las pérdidas de sustancia y amputaciones digitales traumáticas son una causa frecuente de atención en los Servicios de Urgencias. Las amputaciones suelen ser resultado de accidentes de tráfico, laborales o agrícolas, con herramientas a motor. Desastres naturales, guerras y ataques terroristas pueden causar amputaciones traumáticas. Los mecanismos lesionales son: corte, avulsión o aplastamiento. La atención precoz, definiendo lesiones y estableciendo prioridades de actuación, son fundamentales. El tratamiento inicial sobre las partes blandas, en colaboración con enfermería, permite valorar la lesión en conjunto, reduciendo las complicaciones derivadas de las heridas abiertas, intentando una reimplantación funcional o un muñón útil e indoloro.

Material o pacientes y método:

Varón de 64 años, alérgico a picadura de abejas, que cortando tablas para la construcción de un panel, sufre amputación traumática de falange distal del quinto dedo, parcial del segundo dedo y heridas con pérdida de sustancia y sección de tendones flexores superficial y profundo de segundo y tercero dedos, y profundo del cuarto dedo de la mano izquierda. Tras una valoración y actuación precoz, en cooperación con Traumatología, realizamos la cura y profilaxis antibiótica de las lesiones, y la preservación en medio adecuado del fragmento amputado. Con diagnóstico de mano izquierda catastrófica, contactamos con Servicio de Cirugía Plástica de referencia para tratamiento definitivo

Resultados:

Se procede a cirugía de las lesiones mediante tenorrafia y neurorrafia, colocación de agujas de Kirschner en segundo y tercer dedos, y remodelación del muñón de amputación en el quinto dedo sobre la falange distal. El paciente presenta una evolución satisfactoria. Cabe destacar el largo período de rehabilitación y la progresiva recuperación de fuerza y sensibilidad

Conclusiones:

La trascendencia funcional y estética de las lesiones traumáticas en la mano intensifica nuestros esfuerzos por conseguir los mejores resultados. La indicación de reimplantación ha de ser individualizada, siendo prioritarias las lesiones del pulgar, y consideraciones específicas de carácter funcional, estético y pacientes en edad pediátrica. El abordaje multidisciplinar y precoz permite obtener mejores resultados ante estas lesiones.

P-1803

URGENCIA QUIRÚRGICA UROLÓGICA: A PROPÓSITO DE UN CASO DE ABSCESO EN CUERPO CAVERNOSO

F Yáñez Rodríguez (1), L Rosado Mena (2), E Gonzalo Aranda (1), M Suárez Broto (1), R Martínez Delgado (1), JM Aranda Lassa (1)

(1) Hospital de Calatayud, (2) Centro de Salud Daroca. Zaragoza

Palabras Clave: cavernosal abscess, penile abscess, urological abscess

Objetivos:

Anamnesis, enfermedad actual: Varón de 21 años, sin alergias ni antecedentes medicos ni quirúrgicos, presenta eritema con sensación pruriginosa en pene hace 2 semanas, tras inyección de vaselina liquida en dicha zona administrada por un amigo. Niega relaciones sexuales de riesgo. Acude a urgencias del Hospital de Calatayud.

Material o pacientes y método:

Se plantea diagnostico diferencial desde Urgencias: 1. Balanopostitis (inflamación generalizada del glande y del prepucio). 2. Sífilis. Pequeña mácula roja que evoluciona con rapidez hacia una pápula indolora y ulcerada. 3. Uretritis: GONOCÓCICA: N. Gonorrhoeae, NO GONOCÓCICA: C. Trachomatis, VHS, M. Hominis, U. Urealyticum

Resultados:

Valorado por el Urólogo de guardia que indica ingreso para tratamiento quirúrgico urgente. Juicio clínico Diagnóstico: Absceso de cuerpo cavernoso como reacción a cuerpo extraño. Tratamiento: (augmentine 1 g/8 h. iv). Desbridamiento y circuncisión. Evolución: favorable y alta a su domicilio.

Conclusiones:

Es poco frecuente, predilección en inmunosupresión, diabetes mellitus, infección VIH, prótesis pene e inyección de fármacos. El diagnóstico se basaba en la exploración física.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-1804

LESIÓN MEDULAR COMPLETA POSTRAUMÁTICA

NGI, F Marín Morón, V Morales Monsalve, A Real Martín,
E Ruiz Ortiz, P Guallar Sola

Complejo Asistencial de Soria

Palabras Clave: traumatismo cervical, sección medular, tetraplejía

Objetivos:

La lesión medular completa se define como la interrupción de la comunicación medular con cambio permanente o temporal de las funciones motoras, sensitivas y/o autonómicas, por debajo del nivel de la lesión.

Material o pacientes y método:

Varón de 18 años trasladado a Urgencias tras zambullida de cabeza en un río con traumatismo fronto-parietal directo sobre rocas. A su llegada: consciente, orientado, hemodinámicamente estable, con cervicalgia, tetraparesia, pérdida de sensibilidad y priapismo.

Resultados:

Se realiza TAC cervico-craneal, apreciándose fractura vertebral con luxación posterior izquierda del cuerpo y masas laterales de C5 con ocupación completa de canal, produciendo lesión medular y múltiples fracturas-luxaciones a nivel de apófisis espinosas, transversas y cuerpo de C1, C3, C6, C7 y D1. Se inicia de forma inmediata perfusión de metilprednisolona y traslado a UCI de Hospital de referencia con inmovilización completa. Desde su ingreso alimentación por SNG, tendencia a la bradicardia y debilidad progresiva de la musculatura respiratoria, precisando intubación orotraqueal. Posteriormente ante la necesidad de ventilación mecánica prolongada, se realizó traqueostomía percutánea permanente. Al 3º día se practicó artrodesis vertebral cervical y tras 1 mes con collarín cervical y movilización en bloque, se traslada a Hospital Nacional de Paraplégicos, para inicio de Rehabilitación y cuidados continuos.

Conclusiones:

La lesión medular completa es una enfermedad multidisciplinaria para cuyo abordaje debe existir colaboración de Urgencias, Neurocirugía, Intensivos, Ortopedia, Rehabilitación... dando lugar a un descenso significativo de su morbilidad. En España tiene una incidencia global de 12-20 casos/millón de habitantes. Se debe fundamentalmente a accidentes (tráfico, deportivos, laborales...) y complicaciones quirúrgicas. Estadísticamente hay predominio en varones en las lesiones de causa traumática (4:1), ocurre mayoritariamente en la 3ª-4ª década y en más del 50% de casos, la afectación es a nivel cervical. El mecanismo de producción de la lesión es complejo: rotación, hiperextensión, hiperflexión, compresión... El diagnóstico es clínico y confirmado con pruebas de imagen (RX, TAC, RMN) para valorar el grado de compresión del canal medular. El tratamiento médico de Urgencias se basa en estabilización y corticoterapia. Posteriormente el tratamiento será quirúrgico y rehabilitador.

P-1827

A PROPÓSITO DE UN CASO DE PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA INUSUAL EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

F. Yáñez Rodríguez (1), JE Romano Maqueda (1), P. Benítez Alonso (2),
C Sesam (2), M Urdaz Hernández (2), ML Catalán Ladrón (2)

(1) Hospital de Calatayud. Zaragoza, (2) Hospital de Huesca

Palabras Clave: ramsay hunt disease, herpes zoster infection, peripheral facial paralysis

Objetivos:

Introducción. El herpes zóster esta producido por la reactivación del virus varicella zoster que permanece latente en los ganglios de las raíces posteriores de la médula. Tiene una incidencia de 3 casos por cada mil habitantes por año. Afecta con mayor frecuencia a los dermatomas torácicos. La lesión característica eritematovesicular que sigue una distribución metamérica permite hacer el diagnóstico de herpes zoster. La localización en la primera rama del trigémino y conducto auditivo son especialmente peligrosas por la posibilidad de que aparezcan complicaciones óticas u oculares. Los objetivos del tratamiento del herpes zoster son acortar la duración de la enfermedad, controlar el dolor más intenso, prevenir la aparición de complicaciones, especialmente la neuralgia postherpética. Los antivirales orales constituyen la medida más eficaz para prevenir las complicaciones.

Material o pacientes y método:

Acude a urgencias 3 días después por dolor en conducto auditivo externo, lesiones eritematosas en mejilla y hélix. Se realiza exploración otoneurológica y tras confirmar integridad neurológica y de membrana timpánica, se inicia tratamiento con Vanciclovir oral y analgesia. Hasta la fecha la paciente no presenta recidiva.

Resultados:

El resultado del tratamiento con antiviricos VO presento mayor eficacia que el tratamiento tópico.

Conclusiones:

Debido al curso de la enfermedad y las complicaciones que presenta la infección por herpes zóster, se prefiere el tratamiento por vía oral, así evitando complicaciones.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-1832

VISIÓN RADIOLÓGICA DE LA INMOVILIZACIÓN Y MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE TRAUMÁTICO

C Navarro López-Fando, I Zubillaga Carmona, S González Rodríguez,
B Navarro López-Fando, L Ramírez Freire, T González Vila,
JJ Giménez Mediavilla

SAMUR-Protección Civil. Madrid

Palabras Clave: medical emergencies, trauma patient, radiographic image

Objetivos:

En 2015 SAMUR-PC traslado 12.926 pacientes traumáticos en SVA, de los cuales 333 fueron cursados como preavisos de politrauma. En el manejo de estos pacientes es fundamental garantizar el eje cabeza-cuello-tronco mientras no se pueda descartar la afectación de la columna mediante técnicas de imagen en el hospital. Los sistemas de inmovilización y movilización utilizados en emergencias garantizan, aunque no totalmente, la inmovilidad de la columna en las maniobras realizadas.

Material o pacientes y método:

Estudio descriptivo de serie de casos sobre los resultados radiológicos obtenidos tras una intervención de movilización-inmovilización sobre voluntarios sin patología previa de columna vertebral. Intervención: P(1): Decúbito supino con colch.

Resultados:

Se valoran las 4 técnicas en 6 personas Alineación correcta del eje cabeza y columna: P(1): 83,34 %, P(2): 83,34 %, P(3): 66,7%, y P(4): 80%.

Conclusiones:

Los métodos de inmovilización-movilización en emergencias son seguros, teniendo un margen de laxitud en la estabilidad del cuello. La parte más sensible a esta movilización es la columna cervical. La camilla de cuchara con inmovilizador de cabeza y araña (sistema de retención), permite una movilización con mínimo sufrimiento de la columna, siendo la más recomendable incluso en zonas de acceso de difícil. El colchón de vacío en pacientes muy gruesos no permite abarcar bien el contorno y causa una inmovilización incorrecta. El material no genera artefactos por opacidad en las imágenes que impidan la interpretación de los hallazgos, excepto la camilla de cuchara en el plano oblicuo.

P-1833

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS EN EL ÁREA SANITARIA DE OSUNA

A Rodríguez Trujillo, T Navarro Morales, N Rodríguez Tejada

Área Sanitaria de Osuna. Sevilla

Palabras Clave: urgencias, politraumatizado, asistencia

Objetivos:

El traumatismo produce una lesión de los órganos o los tejidos por una acción mecánica externa. Este daño físico puede derivar a complicaciones secundarias que ponen en riesgo la vida. El pronóstico del paciente traumatizado depende en gran medida de la calidad de la atención inicial recibida. Se ha realizado un protocolo de actuación ante una urgencia traumatológica para facilitar el trabajo de los profesionales y mejorar la calidad asistencial.

Material o pacientes y método:

Se ha realizado un protocolo para los profesionales donde se refleja la actuación que se debe de llevar a cabo ante la presencia de una urgencia traumatológica en el Área Sanitaria de Osuna.

Resultados:

Durante el año 2015 se registraron 21 códigos trauma en el Área Sanitaria de Osuna. Los resultados obtenidos fueron una mejora en la calidad asistencial y en el pronóstico de los pacientes traumatizados tras una actuación protocolizada.

Conclusiones:

Una rápida y adecuada actuación por parte de los profesionales mejorará significativamente el pronóstico de los pacientes traumatizados y la calidad asistencial del equipo multidisciplinar.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

P-1854

ESTIMACIÓN DE LA SUPERFICIE CORPORAL QUEMADA CON 'BURN ANALYSIS IMAGING SYSTEM'

C Suárez Mejías (1), A Caballero García (2), B Acha Piñero (3), C Serrano Gotarredona (3), G Gómez Ciriza (1), T Gómez Cía (1)

(1) Hospital Universitario Virgen del Rocío, (2) Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, (3) Universidad de Sevilla. Sevilla

Palabras Clave: quemaduras, decisiones, superficie corporal

Objetivos:

La estimación de la superficie corporal quemada es fundamental para determinar la esperanza de vida de un paciente quemado, el primer tratamiento a aplicar y la necesidad o no de un traslado a una Unidad de Quemados. Esta estimación se hace de manera tradicional utilizando la Regla de los Nueve o la Regla del 1%. Pero la aplicación de estas reglas conduce a una gran variabilidad inter-observador.

Material o pacientes y método:

Para llevar a cabo la validación se han realizado dos estudios. En el primero, se colocaron parches de dimensiones conocidas en 12 voluntarios. Cirujanos plásticos estimaron el tamaño de los parches con BAI y los métodos tradicionales. En el segundo, se estimó la superficie corporal quemada en 80 pacientes reales con los métodos tradicionales y con BAI.

Resultados:

En el primer estudio, la diferencia que se obtuvo entre la estimación de BAI y el tamaño real fue, en media, -0.0182 cm^2 . Por el contrario, la diferencia entre la estimación con los métodos tradicionales y el tamaño real fue, en media, 2.0423 cm^2 . Asimismo, el p-value indicó que no había diferencias significativas entre las medidas estimadas con BAI y las medidas reales pero sí entre las medidas estimadas con los métodos tradicionales y las reales. En el segundo estudio se obtuvo una desviación típica del 5% entre el porcentaje de piel quemada estimada con BAI y con los métodos tradicionales, con un p-value que indicaba diferencias significativas entre ambos métodos de medida.

Conclusiones:

Del primer estudio se puede concluir la exactitud de BAI para estimar medidas de superficie sobre un modelo 3D, por encima de los métodos tradicionales. Del segundo estudio se puede concluir que hay diferencias significativas entre estimar la superficie corporal quemada con BAI y con los métodos tradicionales, lo que indica que es conveniente el empleo de la herramienta.

A-1858

UNA RETENCIÓN URINARIA CON TRAMPA

C Martínez Llana (1), L Arboleya Álvarez (1), R Rodríguez Blanco (2)

(1) Hospital Valle del Nalón, (2) Hospital San Agustín. Aviles, Asturias

Palabras Clave: peritonitis, shock, dolor

Objetivos:

Varón de 68 años. Antecedentes Personales. No alergias. No hábitos tóxicos. No HTA. No DM. No DL. Epigastralgias habituales con clínica de reflujo con gastroscopia hace 1 año con gastritis y engrosamiento de pliegues. Biopsia de gastritis. IQ: Apendicectomía. Toma Omeprazol intermitentemente. Antiinflamatorios por dolor lumbar hace días. Acude a urgencias por dolor intenso, puntual, suprapúbico, que aumentaba con valsava, mientras la primera micción de la mañana (hace 5 horas), refiere posteriormente malestar local, hizo una deposición con ganas de orinar, sin conseguir la micción, desde entonces dolor suprapúbico, no consiguió miccionar mas, tenesmo vesical. Sin clínica irritativa urinaria previamente. A su llegada al servicio de urgencias (TA 122/72, FC 88, T°35.9°) Buen estado general. Eupneico. Normocoloreado y normoperfusión periférica. Auscultación Cardiopulmonar: Normal. Abdomen: Blando, depresible, dolor a la palpación suprapúbica. No defensa a la palpación. No se palpan masas ni megalias. Extremidades inferiores: No edemas.

Material o pacientes y método:

El paciente mientras está en urgencias comienza a sentirse mareado, dolor abdominal intenso Sudoroso, pálido. TA 88/55. Resultados analíticos: Bioquímica Normal con PCR 0 Hemograma: Leucocitos 5,200 con fórmula normal. Sedimento y sistemático de Orina: Normal. Radiografía abdominal (decúbito): Luminograma inespecífico. Además de constatar de nuevo al paciente, se reexplora. Abdomen no distendido, dolor difuso, defensa y peritonismo generalizado. Se solicita Ecografía abdominal urgente: Hígado, páncreas, vesícula, vías biliares y riñones normales. Rastreo abdominal sin hallazgos. A pesar de no encontrar hallazgos patológicos en la ecografía abdominal, dado que el paciente tiene un abdomen agudo, se solicita TC Abdominal: Burbujas de aire atípico con predominio en región epigástrica asociadas a líquido subhepático y en pelvis, compatible con perforación (posiblemente gastroduodenal).

Resultados:

Se estabiliza al paciente y se solicita valoración a cirugía general, que realiza operación de Hartmann de urgencia al paciente.

Conclusiones:

Nos parece muy interesante incidir en la importancia de la evaluación continua del paciente en su estancia en el servicio de urgencias, es relativamente frecuente que el motivo de consulta, no sea la sintomatología típica o esperada, de una patología que ocasiona la verdadera urgencia de nuestros pacientes.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 12. URGENCIAS TRAUMATOLÓGICAS, QUIRÚRGICAS Y GINECOLÓGICAS

A-1876

TUMORACIONES CERVICALES, UN RETO PARA EL DIAGNÓSTICO

EA Serrano Lacouture, A Fernández Rodríguez, C del Pozo Vegas, A Hambardzumyan, G Fernández Bayón, JV Esteban Velasco, J Chehayeb Moran

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Palabras Clave: tumoración cervical, angina de Ludwig, drenaje quirúrgico

Objetivos:

Las tumoraciones cervicales son una patología frecuente en nuestro servicio, cuyo origen puede precisar de una evolución aguda que precise de un tratamiento urgente y vital.

Material o pacientes y método:

El caso que nos atañe, es un varón de mediana edad, con una boca en mal estado y fumador, que acude a urgencias por dolor a nivel submandibular izquierdo de días de evolución, ligero trismus e inflamación submandibular izquierda, que no mejora con tratamiento antiinflamatorio. La exploración oral es normal, si bien hay dolor a la manipulación oral y a la palpación de la zona afecta, a nivel de la rama mandibular izquierda y celda submaxilar. Se pauta tratamiento antibiótico y analgésico y se da el alta al paciente.

Resultados:

Al día siguiente el paciente reaccude a nuestro servicio, por tumoración fluctuante submandibular izquierda que se extiende a suelo de la boca y desciende hasta glándula tiroidea. Se realiza una TC que informa de un absceso dentario como origen que está evolucionando a angina de Ludwig, que precisó posterior drenaje y tratamiento con antibióticos y corticoides.

Conclusiones:

Es muy importante una buena anamnesis preguntando por los antecedentes como ser fumador, diabético, tener boca séptica o piezas en mal estado y el hábito enólico. El área afectada nos orienta a un absceso dentario, celda submandibular como posible submaxilitis, áreas III y IV como posibles adenitis o quistes branquiales infectados, o línea cervical media anterior como afectación tiroidea o quistes tiroglosos. La analítica es siempre orientativa y la gold stand es la TC.

A-1877

URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO: ACCIDENTE DE TRÁFICO CHOQUE FRONTAL

M Alarcón Meléndez (1), E Duque Castilla (2), N Fernández Marfil (3), A Alarcón López (3), D León Jiménez (3), JA Moreno Ramírez (3)

(1) Centro de Salud Los barrios, (2) DCCU, Algeciras, (3) Centro de Salud Los Barrios. Algeciras, Cádiz

Palabras Clave: clasificación de pacientes, accidente de automóvil, medicina de emergencia

Objetivos:

Las emergencias sanitarias extrahospitalarias abarcan un amplio campo que va desde la disnea subjetiva de un paciente encamado con demencia, hasta la laboriosa y sistemática actuación de extricación en un accidente de tráfico.

Material o pacientes y método:

Exponemos el caso de un accidente de tráfico en el que se ven implicados dos turismos a una velocidad de menos de 80km/h. Tras impacto frontal, quedan ambos vehículos fuera de calzada tras varias vueltas de campana. El primer paciente al que se accede, se trata de varón inconsciente sin pulso, air-bag activado sin cinturón de seguridad, semidespredido por la ventanilla. Rapidamente vas en busca del otro vehículo, donde encuentras a una chica consciente colaboradora, con cinturón de seguridad con disnea y fuerte dolor abdominal. El triaje y la capacidad de asimilar la situación te hace llevar a solicitar a otros recursos, como bomberos que ayudan en la extricación y guardia civil para control de tráfico.

Resultados:

Tras la correcta exploración de paciente politraumatizado: A,B,C y D, se procede a inmovilización cervical, analgesia, doble vías periféricas y extricación con ferno-kit y tablero espinal. Se procedió al traslado al Hospital de referencia con previo activación de código trauma. Tras practicar bodytac se aprecia doble fractura de cuerpo vertebral y rotura esplénica. Inmediatamente es intervenida y ahora progresa adecuadamente en el servicio de intensivos.

Conclusiones:

El servicio de urgencias extrahospitalaria inicia un protocolo de actuación, que se continuado en el hospital. Con la elaboración de dichos códigos, se intenta minimizar el tiempo de espera. La coordinación de todos los implicados es básica. La destreza de todos los participantes invitan a pronosticar un final feliz, o por lo menos a intentarlo.



índice temático



índice autores



inicio



CAPÍTULO 13

Vía aérea, VMNI, técnicas en medicina de urgencias, monitorización no invasiva

28
Congreso
nacional SEMES



EFICIENCIAS
evolucionando



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 13. VÍA AÉREA, VMNI, TÉCNICAS EN MEDICINA DE URGENCIAS, MONITORIZACIÓN NO INVASIVA

P-1881

REVISIÓN SOBRE LA INTUBACIÓN PREHOSPITALARIA EN EMERGENCIAS

C Vélchez Rodríguez (1), MJ García Fajardo (2), MJ Samaniego Ruiz (1)

(1) Cruz Roja Granada, (2) Empresa Pública Hospital de Poniente. Almería

Palabras Clave: intubation, airway, emergency patients

Objetivos:

La intubación prehospitalaria constituye una necesidad compleja, presentando un elevado número de fracasos. Por lo que requiere la introducción de dispositivos que podrían mejorar la eficacia de la intubación fuera del hospital.

Material o pacientes y método:

Se ha realizado una revisión de literatura de tipo sistemático. La búsqueda de datos se realizó en las bases de datos Pubmed y Scielo. La ecuación de búsqueda empleada fue: "Airtraq AND Macintosh AND emergency patients". Los términos empleados se obtuvieron en el tesoro DeCS y MeSH. Criterios de exclusión: Trabajos que no comparaban ambos dispositivos. Trabajos cuyo resumen no estuviera disponible. Criterios de inclusión: Trabajos en inglés y español. Trabajos publicados en los últimos 5 años.

Resultados:

La búsqueda bibliográfica reveló 15 trabajos de investigación. Tras filtrarlos y eliminar los que no cumplían nuestros criterios de elegibilidad quedaron cinco artículos. Los estudios reportaban resultados contradictorios. Por un lado, el uso del laringoscopio tipo Macintosh suele fallar en pacientes con inmovilización cervical, sin embargo el Airtraq no requiere de alineación cabeza-cuello y presenta una mayor utilidad en pacientes con riesgo de lesión medular. Por otro lado, el Airtraq requiere un mayor tiempo de intubación y en pacientes atrapados, es menos eficaz. A pesar de la alta aceptación y de los buenos resultados, el Airtraq no mejora la tasa de éxito en intubación en emergencias. Esta revisión muestra una limitación ya que la mayoría de las muestras eran con simulaciones y dificulta la comparación de los dispositivos. Aunque se debería seguir investigando sobre la eficacia de los distintos dispositivos en emergencias.

Conclusiones:

Distintos estudios muestran las ventajas que tiene el Airtraq, aunque no reportan mejoras en las tasas de éxito. Y en el caso de laringoscopio tipo Macintosh reportaron fallos en pacientes con inmovilización cervical. Declaramos no tener conflicto de interés.

P-1882

ATRAGANTAMIENTOS ATENDIDOS EN 2015 POR UME DEL 061 DE MURCIA

R Zoyo López-Navarro (1), J Abrisqueta García (1), E Sáez Valverde (2), S Romero Soto (1), I López Mancha (1), J A Hernández Solera (1)

Gerencia. Emergencias 061. Murcia

Palabras Clave: atragantamiento, asistencia sanitaria, maniobra de Heimlich

Objetivos:

Durante 2015 se recibieron 188 demandas por atragantamiento en 112. 101 fueron atendidas por Unidad Móvil de Emergencias (UME). 79 fueron diagnosticadas finalmente como atragantamiento. El resto fueron atendidos por otros servicios.

Material o pacientes y método:

Estudio retrospectivo usando las cartas de llamada del 112 (hora llamada, hora asignación a UME, hora llegada al lugar y traslado a hospital) y las historias clínicas de los 79 avisos. Se han estudiado caso por caso los 79 eventos viendo las causas, horarios de frecuencia, edades, formas de resolución y tiempos de respuesta y traslados a hospital. Se ha usado el programa Microsoft Excell.

Resultados:

61 casos resueltos espontáneamente o por intervención de acompañante. 17 por intervención de UME (aspiración, Heimlich, pinzas de Magill). 1 éxitos. 43 traslados a hospital: 30 por UME, 10 por ambulancia no asistencial (ANA) y 3 por medios propios. 38 mayores de 70 años 48,1 % (de ellos el 100 % con patologías crónicas: ictus, Alzheimer, etc.). 19 menores de 10 años (24 %). 22 entre 10 y 69 años (27,8 %). 62 en domicilio (78,48 %), 17 en vía pública (6 en playa). 47 con comida, 19 líquidos, 5 con sólidos (caramelo, moneda) y 8 sin registrar. Horas: Hora de comida: 39, de cena: 19, desayuno: 4, merienda: 6 y a otras horas: 7. 66 resolución espontánea, 6 con Heimlich, 1 con uso de pinzas Magill por parte de un familiar sanitario. Tiempos medios de respuesta. Desde llamada a asignación de recurso: 3:21 minutos (1 caso de 26 minutos debido a que se asignó previamente a otra unidad). Desde asignación a llegada: 8:56 minutos. Desde llamada a llegada: 11:06 minutos.

Conclusiones:

Resultados coincidentes con lo esperado por otros estudios. Horas de mayor frecuencia las correspondientes a las comidas, y edades pediátricas y mayores de 70 años con enfermedades crónicas avanzadas. Consideramos necesidad de aumentar formación de la población. Tiempos de respuesta adecuados: dentro de la crona objetivo: inferior a 15 minutos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 13. VÍA AÉREA, VMNI, TÉCNICAS EN MEDICINA DE URGENCIAS, MONITORIZACIÓN NO INVASIVA

P-1883

MORTALIDAD DE LOS PACIENTES CON SEPSIS TRATADOS CON VENTILACIÓN NO INVASIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

M Piñero Zapata (1), C Cinesi Gómez (2), ME Legaz Moreno (3), I Expósito Coll (4)

(1) Facultad de Enfermería. Universidad Católica San Antonio de Murcia, (2) Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia, (3) Gerencia del 061 del Servicio Murciano de Salud. SUAP de Águilas, (4) Gerencia del 061. Servicio Murciano de Salud. UME-ó, Yecla. Murcia

Palabras Clave: sepsis, insuficiencia respiratoria, ventilación no invasiva

Objetivos:

A pesar de los avances en el tratamiento antibiótico y las medidas para modular la respuesta inmunitaria, la sepsis continúa teniendo una elevada mortalidad, que alcanza más del 40% en las formas de sepsis grave o shock séptico, y su incidencia va en aumento. Entre las causas más frecuentes de desarrollo del síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA) se encuentra la sepsis. Además, recientes estudios sugieren que la ventilación mecánica puede inducir daño pulmonar.

Material o pacientes y método:

Se realizó un estudio tipo cohorte retrospectiva en el que fueron incluidos 201 pacientes que habían sido ingresados de forma consecutiva durante el año 2013 en el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia y que fueron tratados con VMNI en dicho servicio por padecer insuficiencia respiratoria aguda o crónica agudizada.

Resultados:

El porcentaje global de éxitos a los 30 días desde su ingreso fue del 22%. Los pacientes con diagnóstico de sepsis fueron el 3,1% del total de pacientes tratados con VMNI en el servicio de urgencias por IRA, y de ellos, el 83,3% fallecieron durante ese período de tiempo frente al 23,8% de mortalidad para el resto de diagnósticos ($p=0,001$), $RR=3,504$, IC 95% (2,254-5,446), además todos los eventos se produjeron intrahospitalariamente.

Conclusiones:

La mortalidad asociada a la Sepsis de los pacientes tratados con VMNI por IRA puede ser considerada como muy elevada y precoz, debido al alto porcentaje de fallecimientos acaecidos y a que todos los eventos se produjeron intrahospitalariamente y dentro de los primeros 30 días desde su ingreso.

P-1884

TRASLADO INTERHOSPITALARIO DE LACTANTE CON VMNI TIPO HELMET POR UNA UNIDAD MÓVIL DE EMERGENCIAS (UME): ADAPTÁNDONOS A LOS NUEVOS SISTEMAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

F Martínez Sandoval (1), C Cerezo Espinosa (2), S Hermoso Madrid (3), S Nieto Caballero (1), LF Martínez Bravo (1), P Carreño Tormo (1)

(1) UME 13. Gerencia Urgencias y Emergencias 061. Murcia, (2) Hospital La Vega. Murcia, (3) Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia

Palabras Clave: Helmet, lactantes, ventilación no invasiva

Objetivos:

La Ventilación No Invasiva, se ha afianzado como arma terapéutica muy eficaz en la población pediátrica y neonatal, tanto en patologías agudas como crónicas, y disminuyendo los efectos secundarios de técnicas más agresivas.

Material o pacientes y método:

Lactante de 7 meses, con antecedentes de trisomía 21 y defecto septal en el tabique auriculoventricular, ingresado en el Hospital Santa Lucía (Cartagena) por una infección respiratoria aguda, que durante el ingreso presenta positividad para virus influenza tipo A desarrollando una insuficiencia respiratoria aguda hipóxico hipercápnica en el contexto del hallazgo de derrame pericárdico, precisando ventilación mecánica para su manejo respiratorio. Activan a nuestra unidad para traslado interhospitalario a hospital de referencia, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, para ingreso en unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). El paciente para su traslado precisa VMNI y debido a la desadaptación y nivel de fugas de interfase convencional se opta por interfase tipo helmet con respirador Trilogy 100 (flujo= 10 litros, frecuencia respiratoria= 15, PEEP= 6 y PIP=10).

Resultados:

Se realiza por primera vez traslado interhospitalario en UCI móvil (UME) para ingreso en UCIP de paciente lactante que precisa VMNI con la interfase tipo helmet para el manejo respiratorio sin ninguna incidencia y con un buen nivel de adaptación.

Conclusiones:

El casco o interfase tipo helmet-CPAP viene usándose de forma creciente en los últimos años de forma exitosa. La eficacia del mismo, su aplicación fácil y rápida, su flexibilidad y su capacidad para mejorar el bienestar al paciente, lo convierten en una opción cada vez más utilizada en UCIP. Este caso demuestra cómo unidades como la nuestra que también realizan traslado interhospitalario de paciente crítico debemos estar al día en las nuevas tendencias terapéuticas para ofrecer una correcta continuidad asistencial.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 13. VÍA AÉREA, VMNI, TÉCNICAS EN MEDICINA DE URGENCIAS, MONITORIZACIÓN NO INVASIVA

P-1886

DIFERENCIAS GASOMÉTRICAS ARTERIOVENOSAS EN PACIENTES CON DISNEA AGUDA TRATADOS CON VENTILACIÓN NO INVASIVA EN URGENCIAS

M Piñero Zapata (1), C Cinesi Gómez (2), ME Legaz Moreno (3)

(1) Facultad de Enfermería. Universidad Católica San Antonio de Murcia, (2) Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia, (3) Gerencia del 061. Servicio Murciano de Salud. SUAP de Águilas. Murcia

Palabras Clave: gasometría, ventilación no invasiva, insuficiencia respiratoria

Objetivos:

La disnea aguda es una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de urgencias. 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. Según las guías, tanto en la primera valoración como en el seguimiento de los pacientes tratados con VMNI, se hace imprescindible la determinación de los valores gasométricos arteriales, suponiendo para ellos un gran discomfort así como un considerable potencial iatrogénico por las repetidas punciones arteriales.

Material o pacientes y método:

Cohorte de 61 pacientes seleccionados aleatoriamente de entre los 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, a los que se les determinaron los valores gasométricos arteriales y venosos en el momento de instaurarles la VMNI.

Resultados:

La diferencias medias arteriovenosas fueron: para el pH de 0,016, para la PCO₂ de -4,677 y para el Bicarbonato de -0,063. Por su parte, las correlaciones bilaterales encontradas para las tres variables fueron de $r=0,943$ ($p<0,0001$) para el pH, de $r=0,946$ ($p<0,0001$) para la PCO₂, y de $r=0,972$ ($p<0,0001$) para el bicarbonato. Finalmente, la correlación entre la PaO₂ y la SataO₂ fue de $\rho=0,915$ ($p<0,0001$).

Conclusiones:

La gasometría venosa en sangre periférica apoyada por la saturación arterial de oxígeno, la cual podría ser medida mediante pulsioximetría transcutánea, puede ser una herramienta suficientemente útil para la toma de decisiones en VMNI.

P-1887

DRENAJE TORÁCICO: PLEUROCATH Y TRÓCAR TORÁCICO A NIVEL PREHOSPITALARIO

I Feliu Pérez (1), S Martos García (2), M Hidalgo García (2), JR Ropero Molina (2), JP Fabregat Sanjuán (2), M Porta Rodríguez (2)

(1) Hospital Arnau de Vilanova, (2) SEM. Lleida

Palabras Clave: thoracostomy, chest tubes, drainage

Objetivos:

El drenaje torácico es una técnica que pretende drenar y liberar de manera continuada la cavidad pleural de la presencia anómala de aire o líquido excesivo, restaurando así la presión negativa necesaria para una adecuada expansión pulmonar. Por tanto, las situaciones que con la técnica se pretenden evitar son el colapso pulmonar o el taponamiento cardíaco. En el Servicio de Emergencias Mèdiques (SEM) de la Generalitat de Catalunya se ha realizado un cambio de unidades así como también de materiales disponibles, por lo que para el drenaje del hemo-pneumotórax se encuentran disponibles dos sistemas: el pleurocath y el trocar torácico.

Material o pacientes y método:

Revisión bibliográfica en distintas bases de datos científicas con el fin de determinar las indicaciones y propiedades del drenaje torácico, aplicando dichos resultados para describir un algoritmo de actuación.

Resultados:

La técnica de drenaje torácico implica la conexión de un sistema cerrado con sello de agua a un tubo o catéter torácico previamente colocado en el espacio pleural o cavidad torácica. El trocar torácico es estéril y flexible de vinilo, silicona o látex no trombogénico y multifenestrado en su extremo distal, y con marcas radiopacas para facilitar su localización radiológica, pudiendo escoger entre diversos tamaños de longitud y grosor en función de la edad del paciente y finalidad terapéutica. Los catéteres pleurales están diseñados para ser introducidos en el espacio pleural por punción, a través del interior de la aguja (Pleurocath) o mediante técnica de Seldinger, los cuales pueden ser rectos o de tipo 'pigtail' o muelle por la forma de fijación que adopta su extremo distal una vez colocado. Ambos sistemas están indicados en casos de neumotórax, hemotórax, derrame pleural y en postoperados.

Conclusiones:

El colapso pulmonar es una emergencia médica que requiere una pronta actuación diagnóstico-terapéutica del médico para que el paciente pueda sobrevivir, por lo que el drenaje torácico es fundamental para evitar un desenlace fatal.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 13. VÍA AÉREA, VMNI, TÉCNICAS EN MEDICINA DE URGENCIAS, MONITORIZACIÓN NO INVASIVA

P-1888

PRESIÓN CONTINUA EN VÍA AÉREA EN PACIENTE CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA

A Peinado Cano, M García Ventura, A Sánchez López

Centro Hospitalario Torrecárdenas. Almería

Palabras Clave: cardiopatía congénita canal A, V completo, CPAP, EAP

Objetivos:

Paciente mujer de 52 años con AP: 2 episodios de TVP, osteoporosis secundario a tratamiento con corticoide, Síndrome de Down con cardiopatía congénita canal A-V completo e HTP severa secundaria, hipotiroidismo. El 50% de los pacientes que padecen Síndrome de Down desarrollan una canulopatía, nuestra paciente padecía comunicación interauricular, comunicación interventricular e insuficiencia de válvula mitral motivo por el cual presentó un cuadro de disnea súbita entrando en grave EAP.

Material o pacientes y método:

Dada la inestabilidad de la paciente se utiliza CPAP a 13 cmH2O que tolera, recuperando apertura ocular. EKG: RS a 100 lpm, signos de sobrecarga sistólica e HVI. Rx Tórax: Cardiomegalia con patrón sugerente de gran EAP. PCR 4,41, Leucos 7170 (80%). DD 0,40. GSA (CPAP a 13 cmH2O): pH 7,41, PpO2 150, PpCO2 56, SAT 99%, Bicarbonato 33. Mantiene diuresis conservada, TA 104/70.

Resultados:

Dada la gran mejoría clínica se reduce PS hasta alcanzar 5 cmH2O (GSA: pH 7,37, PpO2 95, PpCO2 56, SAT 98%, Bicarbonato 31). Gracias a la PS la paciente pudo ser ingresada en planta de hospitalización estable hemodinámicamente, con diuresis conservada sin fatiga respiratoria y con aporte de oxígeno en gafas nasales. Sólo precisó 3 días de ingreso dada buena evolución sin alto flujo de O2 y ajustando diuréticos.

Conclusiones:

Se considera CPAP no como modo propio de VMNI ya que su acción se centra en presión continua positiva, alcanzar una presión continúa de soporte, no precisando de un respirador, a diferencia del sistema bilevel. Existen numerosos estudios que consideran un adecuado uso de CPAP en paciente con EAP que no retenga carbónico (en éste caso mejor sistema bilevel manejando doble presión IPAP y EPAP que permita lavado alveolar). La utilización de la técnica mejoró el pronóstico de la paciente y sus comorbilidades, 6 meses después del episodio aún no ha vuelto a consultar.

P-1890

VENTILACIÓN NO INVASIVA EN URGENCIAS: EXPERIENCIA DE UN AÑO

H Hernández Ontiveros, A Moliné Pareja, I Díaz Rodríguez, I Muñoz Hernández, M Turbau Valls, M Puig Campmany, S Benito Vales

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Palabras Clave: insuficiencia respiratoria, ventilación no invasiva, medicina de emergencia

Objetivos:

La ventilación no invasiva (VNI) ha demostrado su utilidad como tratamiento de primera elección de la acidosis respiratoria en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) reagudizada y en otras patologías. Su aplicación es cada vez más frecuente en los Servicios de Urgencias.

Material o pacientes y método:

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, sobre los pacientes admitidos en un año natural en el Servicio de Urgencias del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, (Octubre de 2014 a Octubre de 2015), con insuficiencia respiratoria normo o hipercápnica de cualquier etiología, que precisaron tratamiento mediante VNI en Urgencias

Resultados:

Se registraron un total de 119 pacientes durante la duración del estudio. Las patologías más frecuentes que motivaron inicio de VNI fueron la EPOC reagudizada, (n=77, 66.5%), y el edema agudo de pulmón (n=25, 21%), siendo otras causas menos frecuentes (n=17, 12.5%). A diferencia de otros estudios realizados en unidades de críticos, el grupo de pacientes fue heterogéneo y con múltiples comorbilidades, por lo que hasta en un 53% del total se inició la VNI como último escalón de tratamiento. A pesar de ello, los resultados globales fueron buenos, con un 12.6% de mortalidad durante el ingreso para el total de los pacientes, siendo significativamente más alta en el grupo miscelánea (n=5, 42%), respecto al grupo de los EPOC (n=5, 6.5%) y de los EAP (n= 4, 16%). La tasa de fracaso de la VNI, medida como discontinuación del tratamiento o necesidad de IOT por claudicación respiratoria o por intolerancia a la técnica, fue un 14% para el total de pacientes, sin diferencias entre los grupos. Estos resultados son similares a los obtenidos en estudios realizados en unidades de cuidados intensivos.

Conclusiones:

El uso de la VNI en Urgencias es un tratamiento eficaz, bien tolerado y seguro, que con un adecuado entrenamiento del personal sanitario, puede aplicarse de manera precoz a un amplio grupo de pacientes, tanto para evitar la intubación o como terapia de 'último escalón' en aquellos pacientes considerados no RCP.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 13. VÍA AÉREA, VMNI, TÉCNICAS EN MEDICINA DE URGENCIAS, MONITORIZACIÓN NO INVASIVA

P-1891

FÍSTULA ARTERIOVENOSA CARÓTIDO YUGULAR SECUNDARIA A LA CANALIZACIÓN DE UNA VÍA CENTRAL

MM Portillo Cano, F Oltra Hostalet, MO García Sánchez, C Navarro Bustos

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Palabras Clave: fístula carotídea yugular, cateterización, vía central yugular

Objetivos:

La canalización de una vía central es un procedimiento necesario en determinados pacientes. Su uso está aumentando lo que ha dado lugar a un mayor porcentaje de complicaciones. Éstas pueden aparecer en un 15% de las ocasiones. Una complicación infrecuente es la formación de una fístula arterio-venosa entre la vena yugular y la arteria carótida. Debemos sospechar su existencia en pacientes que después del procedimiento desarrollan un frémito en el sitio de la punción.

Material o pacientes y método:

Presentamos el caso de una paciente de 42 años, RAM antibióticos, ex-fumadora. carcinoma endometrioide estadio IIIC bilateral de ovario intervenido. Se presentan dificultades para la canalización de la vía central yugular. La paciente consulta a los 3 meses del procedimiento por mareos, ruido y masa pulsátil en región lateral del cuello presentando a la exploración dicha masa y soplo en territorio carotídeo. Se realizó ecografía doppler objetivándose pseudoaneurisma carotídeo y la comunicación de la arteria carótida común distal, antes de su bifurcación, con la yugular, en cuya localización se observa thrill y aumento de las velocidades, compatible con fístula carótido-yugular.

Resultados:

La paciente presenta masa en región carotídea, donde se realizó la canalización junto con frémito a la auscultación, tras una técnica dificultosa, siendo éste un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones.

Conclusiones:

La paciente, tras varias consultas a urgencias por mareo y dolor en la zona de punción ha sido sometida a procedimiento endovascular con buena evolución. La canalización de una vía central no está libre de complicaciones. Dependen de varios factores como la experiencia del médico, las condiciones propias del paciente y el acceso escogido. Existen medidas de prevención para evitar la punción simultánea de la arteria y la vena durante el procedimiento, como es el uso de la ecografía para guiar la canalización, posición de la cabeza para no superponer vena y arteria y sopesar beneficio-riesgo.

P-1892

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN URGENCIAS. ANÁLISIS DE MORTALIDAD

A Flamarique Pascual, Y Sánchez Prieto, N Ramírez Domínguez, E Tari Ferrer, R Martínez Gil, B Gay Sanz, JM Abascal Roda

Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza

Palabras Clave: insuficiencia respiratoria aguda, ventilación mecánica no invasiva, urgencias hospitalarias

Objetivos:

La VMNI permite ventilar al paciente sin necesidad de IOT evitando sus complicaciones y cuyo uso se ha ido extendiendo con éxito 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), hospital terciario de 1000 camas de hospitalización que atiende de 350 a 400 urgencias/día. La recogida de casos corresponde al año natural 2015. 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. Se valoró la mortalidad durante la estancia en urgencias, la necesidad de IOT durante las 24 primeras horas tras el comienzo de la VMNI, los ingresos en UCI y la mortalidad precoz considerada como aquella que sucede en los 30 días siguientes al inicio de la VMNI.

Resultados:

Se recogieron 99 casos. La edad media fue de $75,61 \pm 10,83$ años. El 52% fueron varones. El tipo de insuficiencia respiratoria más frecuente fue la hipercápnica con un 71,4%. El modo ventilatorio más habitual fue el espontáneo con presión de soporte con un 53,41%. Un 2% (2 casos) necesitaron IOT. 11% de los pacientes acabaron ingresando la UCI. Los exits en urgencias fueron de 2 casos y la mortalidad precoz fue del 8,2%. Analizando la función de supervivencia (Kaplan-Meier) a los 30 días el 91% de los casos están vivos.

Conclusiones:

El empleo de la VMNI en Urgencias permite reducir la morbimortalidad de los pacientes con patología cardiorrespiratoria aguda con una baja mortalidad en urgencias. Teniendo en cuenta su gravedad y que en ocasiones puede ser el techo terapéutico de algunos pacientes se comprueba que su mortalidad a los 30 días es relativamente baja.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 13. VÍA AÉREA, VMNI, TÉCNICAS EN MEDICINA DE URGENCIAS, MONITORIZACIÓN NO INVASIVA

P-1893

CÓMO EVITAR ASINCRONÍAS EN VMNI

R Rodríguez Borrego, A Martín Aires, J Naranjo Armerteros, A Gómez Prieto, S de Francisco Andrés, MJ González Pimentia, I Corbacho Cambero

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Palabras Clave: noninvasive mechanical ventilation, pressure support ventilation, asynchronies between the patient and the ventilator

Objetivos:

La asincronía paciente-ventilador es aquella situación en la que se produce un desajuste entre el tiempo neural (paciente) y mecánico (ventilador) o cuando el flujo entregado por el ventilador es inadecuado para cubrir la demanda de flujo del paciente.

Material o pacientes y método:

ASINCRONÍA DURANTE LA FASE DE TRIGGER: Autociclado: disparo del ventilador en ausencia de esfuerzo del paciente Retraso del trigger: tiempo de demora desde que se produce el esfuerzo del paciente hasta que el ventilador entrega el flujo de gas. Esfuerzos inefectivos: esfuerzos musculares del paciente que no disparan el ventilador Qué debemos de hacer: Disminuir autoPEEP Usar bajos Vt y tiempo espiratorio prolongado Disminuir resistencia espiratoria Acortar ti Aumentar fuerza muscular inspiratoria Disminuir sedación Corrección de la alcalemia Aplicar PEEP externa Disminuir umbral de presión o flujo en trigger Disminuir nivel de soporte de presión asincronía DURANTE LA FASE DE PRESURIZACIÓN: Flujo insuficiente para la demanda del paciente: La asincronía de flujo se produce cuando el flujo del ventilador no es capaz de suplir la demanda de flujo del paciente Doble trigger: el esfuerzo inspiratorio es de tal magnitud que alcanza el umbral de disparo del ventilador y se produce un doble trigger en la misma respiración. Qué debemos de hacer: Pico de flujo inspiratorio mínimo adecuado suficiente tiempo inspiratorio Profundizar en la sedación ASINCRONÍA EN FASE DE CICLADO: No existe concordancia entre los tiempos neurales y mecánicos. Ti neural > Ti mecánico: Bajo nivel de PS, Cte de tiempo reducida Criterio de ciclado a espiración elevado, Hiperinsuflación dinámica Ti neural < Ti mecánico: Cte de tiempo prolongada, Criterio de ciclado a espiración bajo, Nivel de PS elevado Qué debemos de hacer: Ajustar cribado de ciclado Ajustar nivel de PS Utilizar modos que mejoran la sincronía paciente-ventilador PAV NAVA PdiDV.

Resultados:

Ajustando los parámetros anteriormente descritos, la interfase y utilizando humidificador se minimizan las asincronías.

Conclusiones:

La buena sincronía paciente ventilador evita la lucha del paciente con el ventilador, mayores requerimientos de sedación, aumento del trabajo respiratorio, alteraciones de la relación ventilación/perfusión, hiperinsuflación dinámica, retraso en la desconexión de la ventilación mecánica, mayor coste.

P-1894

REVISIÓN LITERARIA SOBRE LA MANIOBRA DE SELICK

MJ García Fajardo (1), C Vélchez Rodríguez (2), MJ Samaniego Ruiz (1)

(1) Empresa Pública. Hospital de Poniente. El Ejido,

(2) Cruz Roja. Granada

Palabras Clave: sellick, cartílago cricoides, intubación

Objetivos:

Desde 1961 cuando Sellick describió la presión cricoidea como una maniobra útil para prevenir la regurgitación del contenido gástrico hacia la faringe, hasta la actualidad cuando se utiliza como medida importante en la técnica de inducción/intubación de secuencia rápida, se han venido encontrando una serie de controversias en cuanto a la seguridad que puede brindar en el manejo de la vía aérea.

Material o pacientes y método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica, sobre la eficacia de la maniobra de Sellick, en las bases de datos: Pubmed, sCielo y la Biblioteca Cochrane Plus. Utilizando las palabras clave: Intubación, presión, cartílago cricoides, maniobra Sellick, (Fuente: DeCS, BIREME), en español y en inglés, además de los operadores booleanos OR y AND. Teniendo como criterio de exclusión aquellos artículos que no fueron publicados en los últimos 5 años.

Resultados:

Se identificaron unos 30 artículos primarios, de los que se seleccionaron 6 por cumplir nuestros criterios de elegibilidad. Los resultados encontrados eran contradictorios. Encontrando estudios de imagen de resonancia magnética que no arrojan resultados claros sobre la efectividad de la maniobra de Sellick. Por otra parte, algunos estudios demuestran la eficacia evidente de otras técnicas, como la tracción mandibular. En definitiva, esta revisión muestra una insuficiente información disponible en los estudios publicados con respecto a la efectividad y los riesgos de la maniobra de Sellick durante la intubación. Por lo que, se debería seguir investigando sobre la efectividad de esta técnica.

Conclusiones:

Tras la revisión literaria, no se encontró evidencia clínica de recomendación o no, que apoye la utilidad de la maniobra de Sellick como práctica estándar de seguridad en el manejo de la vía aérea en urgencias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 13. VÍA AÉREA, VMNI, TÉCNICAS EN MEDICINA DE URGENCIAS, MONITORIZACIÓN NO INVASIVA

P-1896

¿CÓMO LO HACEMOS EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA MÉDICA PREHOSPITALARIOS? ¿VENTILAMOS BIEN?

Jl Garrote Moreno (1), A Medina Villanueva (2), E Garrido Abia (1), JA Sinisterra Aquilino (1), R Canabal Berlanga (3), D Aylagas Martínez (1), R Crespo Moreno (3)

(1) Babcock España (INAER). Madrid (2) UCIP Hospital Central de Asturias. Oviedo, (3) Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Palabras Clave: atención prehospitalaria, ventilación no invasiva, lesión pulmonar inducida por ventilación mecánica

Objetivos:

La ventilación mecánica invasiva (VMI) y no invasiva (VMNI) es habitual en los SEMP. Desconocemos cuando se inicia la ventilación mecánica (VM) y cómo se mantiene. Los estudios sugieren que esto influye en la evolución del paciente.

Material o pacientes y método:

Estudio observacional retrospectivo de 50 servicios asistenciales con VMI. variables: inicio de VM con respirador en lugar del incidente si/no. Transferencia hospitalaria con respirador o bolsa autoinflable. Registro de cuidados asociados a VM si/no. Estudio observacional retrospectivo de 20 servicios asistenciales con VMNI. Variable: inicio de VMNI en lugar del incidente o en vehículo de transporte. Estudio de parámetros ventilatorios de las HCA de 13 SEMP correspondientes a 12 comunidades. Revisión bibliográfica sobre relación entre VMI sin parámetros protectores y DistressRespiratorio(DR), extrapolación teórica a los SEMP. Revisión bibliográfica sobre la importancia del inicio precoz de la VMNI

Resultados:

Solo en un 4% de los servicios se inició la VM con respirador en el incidente y en un 84% se realizó transferencia con bolsa autoinflable. En ninguno de los 50 se registraron cuidados asociados. Se inició VMNI en el incidente en un 30% de los servicios. En 10 de las 13 HCA se incluye algún parámetros ventilatorio, en ninguna el peso del paciente. Según la bibliografía existe relación entre falta de VP y DR, extrapolando parece que puede tener repercusión en el paciente atendido por los SEMP. La bibliografía habla de la importancia del inicio precoz de VMNI

Conclusiones:

No existe un inicio precoz ni mantenimiento adecuado de VMNI o VMI con respirador en pacientes atendidos por los SEMP. Los registros de parámetros ventilatorios en HCA son insuficientes. Según los resultados parece que los respiradores no suelen descolgarse de los vehículos de transporte. Según la bibliografía es posible que estemos produciendo DR en pacientes atendidos por SEMP debido a inadecuada VM. Son necesarios más estudios.

P-1899

VMNI COMO TRATAMIENTO PALIATIVO EN PACIENTE CARDIÓPATA PALIATIVO POSIBILITANDO MUERTE DIGNA

A Peinado Cano, A Sánchez López, M García Ventura

Hospital Torrecárdenas. Almería

Palabras Clave: hiperpotasemia maligna, parada respiratoria, edema agudo de pulmón

Objetivos:

Paciente mujer de 84 años intolerante a AINE, corticoide y bisoprolol. HTA, dislipemia, DM con retinopatía diabética. Enfermedad severa de dos vasos, CD proximal estenosis 100% oclusión crónica y DA media estenosis del 80%. Dilatación auricular izquierda, FA paroxística, esclerosis valvular aórtica, IR grado III, numeros ingresos en último año por EAP.

Material o pacientes y método:

A pesar de CPAP presenta una parada respiratoria, se consigue estabilizar con ambú y VMNI(BiPAP IPAP 22, EPAP 10, FIO2 50%, VT y fugas aceptables con I:E 1-3,5), dado que se consideró a la paciente no intubable. La paciente se encontraba en anuria, se desestimó ultrafiltración para corregir IR grave e hiperpotasemia maligna que más tarde se objetivó. dados los AP y situación de la paciente, forzamos diuresis con tratamiento farmacológico y corregimos hiperpotasemia maligna.

Resultados:

EKG: Taquicardia arrítmica con BCRDHH. RX Tórax: Patrón edematoso que impide visualizar silueta cardiaca y parénquima. GSA (CPAP a 10 cmH2O): pH 7,11 PpCO2 81,8 PpO2 120, HCO3 25,30. Exc Bas -5,2. GSA (BiPAP IPAP 22, EPAP 10, FIO2 50): pH 7,24 PpCO2 76,6 PpO2 127, HCO3 32,3, Ex. Base 3,3. GSA (BiPAP IPAP 20, EPAP 8, FIO 35%):pH 7,36, PpCO2 82,10. PpCO2 63, Bicarbomato 31. Diuresis 100 cc la hora. SAT 99%, TA 130/70, FC 86, FR 16, reactiva normocoloreada piel y mucosas, normotérmica.

Conclusiones:

Dada la gravedad con la que paciente acudió a nuestro servicio, sus comorbilidades, antecedentes personales y enfermedad actual se decidió no realizar ninguna técnica invasiva, pero si se utilizó VMNI y farmacología para control de síntomas, forzar diuresis, estabilización neurológica y cardipulmonar y posterior ingreso en planta de hospitalización, dónde pudo tener una muerte digna, despedirse de todos sus seres queridos en unas condiciones aceptables. La VMNI es una técnica no invasiva y son numerosos los autores internacionales quienes la avalan como posible tratamiento paliativo.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 13. VÍA AÉREA, VMNI, TÉCNICAS EN MEDICINA DE URGENCIAS, MONITORIZACIÓN NO INVASIVA

P-1900

OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO MEDIANTE CÁNULA NASAL EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA HIPOXÉMICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

H Lara Duarte, D Pordomingo Rodríguez, MA Folgado Pérez

Hospital Virgen de la Concha. Zamora

Palabras Clave: insuficiencia respiratoria aguda, oxigenoterapia de alto flujo nasal, presión positiva espiratoria

Objetivos:

La insuficiencia respiratoria aguda (IRA) supone una de las causas más frecuentes de ingreso en los servicios de Urgencias. La oxigenoterapia continúa siendo esencial en su tratamiento, pudiéndose administrar de manera invasiva o no invasiva. Los sistemas de bajo flujo y alto flujo (o Venturi) han sido los dispositivos comúnmente utilizados para proporcionar oxígeno suplementario a los pacientes. Recientemente se ha renovado el interés e investigación de la cánula nasal y su aplicación en flujos sustancialmente más altos que aquellos tradicionalmente recomendados.

Material o pacientes y método:

Paciente hombre de 57 años con antecedentes personales de Bronquiectasias bilaterales, Diabetes Mellitus tipo 2, Dislipemia, Hepatopatía enólica crónica que acude al servicio de Urgencias por aumento de su disnea habitual acompañado de tos seca de 3-5 días de evolución. T.A.: 221/121 F.C.: 124lpm, T₂: 36°C, SpO₂: 87% (con O₂). Exploración física: cianótico, taquipneico-ortopneico en reposo, murmullo vesicular disminuido de forma generalizada, crepitantes bibasales, mínimo edema con fovea en extremidades inferiores. Hemograma dentro de la normalidad, glucosa 236 mg/dl, creatinina 0.86 mg/dl, proteína C reactiva 57.8 mg/L, pH: 7.26, pO₂: 45mmHg, pCO₂: 59.3mmHg, HCO₃: 26.7 mmol/L. Se inició tratamiento con broncodilatadores, diuréticos, vasodilatadores para normalizar la tensión arterial y OAFN Optiflow[®] a 50L/min y FiO₂ del 60%

Resultados:

Corrección de los parámetros gasométricos (pH: 7.46, pO₂: 66.1 mmHg, pCO₂: 43.1 mmHg) y mejoría clínica (disnea y signos de trabajo respiratorio) del paciente.

Conclusiones:

Sztrymf et al encontraron que la OAFN reducía significativamente el ritmo cardíaco, los signos de trabajo respiratorio (frecuencia respiratoria y asincronía toraco-abdominal) y mejoraba los parámetros gasométricos en pacientes con IRA. Tales beneficios se obtienen debido a mecanismos como la reducción de la resistencia de la vía aérea superior, FiO₂ estable, aumento del volumen tidal por disminución del espacio muerto anatómico, generación de cierto grado de presión positiva espiratoria en relación con el flujo administrado y una mejor tolerancia por parte de los pacientes.

P-1901

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN URGENCIAS, ¿ÚTIL?

I Andrés Antolín (1), D Díez Díez (2), M Portilla Mediavilla (2)

(1) Centro de Salud Pintor Oliva, Gerencia de Primaria de Palencia,

(2) Centro de Salud La Puebla, Gerencia de Primaria de Palencia. Palencia

Palabras Clave: noninvasive ventilation, emergencies, respiratory insufficiency

Objetivos:

Ante el aumento de enfermedades respiratorias crónicas y enfermedades cardíacas con afectación de la ventilación, asociado a una mayor edad de los pacientes se hace necesaria la existencia de alternativas a la ventilación mecánica invasiva, técnica complicada y cruenta de difícil aplicación a todos los pacientes del Servicio de Urgencias, y la existencias de técnicas alternativas para pacientes que por sus patologías, edad... no son candidatos a ingreso en UCI para mantenimiento de la ventilación.

Material o pacientes y método:

Se trata de un estudio retrospectivo transversal de todos los pacientes que han sido subsidiarios de este tratamiento en el Servicio de Urgencias, recogiendo los datos a partir de una encuesta que el personal sanitario debe cumplimentar tras la indicación de VMNI.

Resultados:

Las patologías que más frecuentemente requieren este tratamiento son el edema agudo de pulmón y las reagudizaciones de EPOC. La saturación media a la llegada al Urgencias está en torno al 70 % 80% presentando mejoría a corto plazo (entre 1 y 2 horas tras la llegada al Servicio) de la sintomatología. Los pacientes que peor responden a la VMNI son aquellos con insuficiencia respiratoria de origen neurológico. La mayor parte de los pacientes con este tratamiento fueron posteriormente ingresados en planta hospitalaria y dados de alta con tratamiento domiciliario sintomático.

Conclusiones:

Se han recogido datos de 44 pacientes en los últimos 6 años, proporcionando poca información respecto al tema. El principal problema consiste en que no todo el personal sanitario recoge la información requerida, por lo que los datos de muchos pacientes se han perdido. No pudiendo llegar a ninguna conclusión significativa, debido a la gran pérdida de información.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 13. VÍA AÉREA, VMNI, TÉCNICAS EN MEDICINA DE URGENCIAS, MONITORIZACIÓN NO INVASIVA

A-1906

PROPUESTA DE 'BOLSO RESPIRATORIO DE ATAQUE' PARA LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA MÉDICA PREHOSPITALARIA, VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA Y VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA CON RESPIRADOR DESDE EL INICIO DE LA ASISTENCIA

Jl Garrote Moreno (1), JJ Fernández Carbajo (2), E Garrido Abia (1), LJ Rodríguez Martín (3), FJ Gallego España (4), D Aylagas Martínez (1), JA Sinisterra Aquilino (1)

4(1) Babcock (INAER). Madrid (2) Gerencia de Emergencias Sanitarias, SACyL, (3) SAMUR Madrid, (4) EPES Andalucía

Palabras Clave: atención prehospitalaria, manejo de la vía aérea, ventilación mecánica

Objetivos:

Entre un 20-30% de los servicios atendidos por los SEMP precisan de algún tipo de soporte respiratorio. Para dar respuesta a estos pacientes los SEMP llevan el material necesario repartido de diferentes modos, ninguno de ellos incluye un respirador de transporte avanzado en el bolso de vía aérea que se utiliza para la asistencia inicial. El respirador se encuentra anclado en el vehículo aunque suele ser desmontable. Es poco habitual que los médicos de los SEMP descuelguen el respirador cuando atienden un servicio.

Material o pacientes y método:

Respirador MonnalT60, bolso adaptado al respirador, circuito paciente, bolsa autoinflable resucitación plegable, filtro, mango y palas de laringoscopia (0,2 y 4), tubos endotraqueales: 3, 4, 5, 6, 7, 7,5 y 8. Fiador pediátrico y adulto. Lubricante (10 cc), Jeringa 10 cc. Venda pequeña, Cánulas Güedel: 2, 3 y 4. Pinzas de magill. Sonda introductor intubación tipo frova. Mascarillas VMNI grande y mediana. Mascarilla de oxigenoterapia venturi. Cazo nebulizador. Tubo T. Llave 3 pasos. Catéter Nº 14 y 16. Bisturí. Gasas. 40 servicios atendidos por SEMP en ambulancia y 15 en Helicóptero. El resto del material para manejo de la vía aérea, lo ubicamos en un bolso auxiliar en la ambulancia o en la bodega del helicóptero.

Resultados:

Bolso compacto compuesto por dos unidades: Unidad del respirador y unidad de vía aérea, unidas entre si por una cremallera y dos imanes, Peso resultante: 7450 gramos. Servicios terrestres un 57% fueron primarios(23) y 42% secundarios (17). En 37,5% No se utilizó el bolso (12 primarios, 3 secundarios) 20% se usó oxigenoterapia con mascarilla venturi (7 primarios, 1 secundario). 20% se utilizó VMNI (6 primarios, 2 secundarios) 22,5% se utilizó VMI (3 primarios, 6 secundarios) En el helicóptero no se usó en 6 de los 15 servicios atendidos, 6 con VMNI y 5 con VMI. La VM se inició desde el comienzo de la asistencia en todos los casos en que fue necesaria.

Conclusiones:

El bolso propuesto resulta portable y es suficiente para atender la mayoría de las patologías respiratorias atendidas por los SEMP Al incorporar el respirador, permite el inicio de la VMI y VMNI desde el comienzo de la asistencia.

A-1908

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON ALTO FLUJO EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA

O Oliva Fernández, J García Montalvo, A de Nicolás Bordás, M Díaz Maté, E Casado Verrier

Hospital General de Villalba. Madrid

Palabras Clave: terapia por inhalación de oxígeno, asistentes de pediatría, asma

Objetivos:

El sistema de alto flujo es un modo de ventilación no invasiva que permite la administración de oxígeno a un flujo mayor de 1 L/min, con una fracción inspiratoria de oxígeno (FiO2) variable, se aplica mediante unas cánulas nasales de forma directa, húmedo y caliente. Flujos mayores de 2 L/min secos y fríos pueden reseca la mucosa de las vías respiratorias al favorecer una mayor pérdida de agua, mayor irritación, secreciones más espesas y un mayor riesgo de infección Su uso se está expandiendo en pacientes pediátricos con patologías respiratorias, como la bronquiolitis o el asma. El dispositivo del alto flujo nos permite administrar oxígeno a flujos de hasta 8 L/min, humedecido hasta el 100% y caliente hasta 37°C. El Hospital General de Villalba se encuentra ubicado en la periferia de la Comunidad de Madrid y actualmente no cuenta con Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos dentro de sus cartera de servicios, lo que lleva al equipo de pediatría a establecer como tratamiento habitual pre-traslado, en aquellos pacientes pediátricos que lo requieran (asma, bronquiolitis u otra patología respiratoria) la Oxigenoterapia a alto flujo. Entre otros de los motivos, se decide la instauración de este protocolo en el Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital General de Villalba por la facilidad de administración y la seguridad y eficacia para el paciente pediátrico.

Material o pacientes y método:

Pacientes atendidos en Urgencias pediátricas con dificultad respiratoria.

Conclusiones:

EL tratamiento con oxigenoterapia a alto flujo en dispositivo con base calefactora favorece la mejoría clínica en tiempo y calidad, además de evitar derivaciones a otros centros con el consiguiente disconfort que supone para el paciente



índice temático



índice autores



inicio



Capítulo 14

Casos clínicos

28
Congreso
nacional SEMES



EXPERIENCIAS
evolucionando



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-3

LO QUE LA RADIOGRAFÍA NO VE

MP Ortigosa Arrabal (1), K Garía Lombardía (2), JJ Álvarez Cano (1)

(1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga (2) Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

Palabras Clave: pneumothorax, lung sliding, ultrasonography

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Cada día son más los servicios de urgencias que están dotados de ecógrafos portátiles accesibles tanto a pacientes como a exploradores. El neumotórax, es una patología relativamente frecuente en este ámbito y susceptible de ser diagnosticada mediante dicha técnica. Objetivo: Refrendar el uso de ecografía pulmonar en urgencias en el diagnóstico de neumotórax. Material/paciente y método: Varón, 38 años sin antecedentes personales de interés ni tratamiento habitual que acude a urgencias derivado desde su centro de salud por disnea de inicio súbito. Exploración física: TA 129/72mmHg, FC 97lpm SatO2 basal: 96%. Afebril. Buen estado general, normoperfundido, normocoloreado, normohidratado. ACP: rítmico, sin soplos. Discreta hipoventilación en pulmón derecho. Resto de exploración normal. Radiografía de tórax y analítica de sangre sin hallazgos de interés. Realizamos E-FAST donde se observa ausencia de deslizamiento pleural y punto pulmón en hemitórax derecho, diagnóstico de neumotórax. Resultados: Neumotórax apical derecho.

Conclusiones:

Ante un paciente con sospecha de neumotórax la prueba inicialmente indicada es la radiografía de tórax. Sabiendo que la sensibilidad de ésta oscila entre 50-90%, con una especificidad cercana al 99%, nos planteamos el uso de otras técnicas diagnósticas. La ecografía pulmonar en urgencias, realizada por médicos con una mínima formación en la técnica, ofrece una sensibilidad y especificidad similares a las del TAC torácico. En ecografía, la ausencia del deslizamiento pleural (especificidad 100%) es diagnóstica de neumotórax. Además, mediante la visualización del punto-pulmón (zona de transición entre pulmón sano y afecto) podemos delimitar su extensión. Por tanto, y destacando entre sus ventajas la ausencia de radiación ionizante, accesibilidad, reproducibilidad, fácil aprendizaje y bajo costo hacen de ella una prueba de alta rentabilidad para el diagnóstico de neumotórax en urgencias.

P-11

LA RADIOGRAFÍA SIMPLE NO RELEGADA. MANIOBRA DE VALSALVA CAUSANTE DE NEUMOMEDIASTINO

E Cardona García, J Peris Giner, JC Medina Álvarez, J Fernández Campillo, M Oropesa Pereda, RF Santillán Saco

Hospital de Torrevieja. Alicante

Palabras Clave: diagnóstico neumomediastino, maniobra de Valsalva, radiografía

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción. Las causas de neumomediastino se pueden clasificar en traumáticas, iatrogénicas y espontáneas. El 25% de los espontáneos son idiopáticos, el resto secundarios a asma bronquial, tosferina, obstrucciones respiratorias, inhalación de cocaína, tras maniobra de Valsalva, esfuerzo físico o respiraciones forzadas. El neumomediastino espontáneo es más frecuente en varones jóvenes, existen factores predisponentes como el consumo de drogas o tabaco y factores desencadenantes como la maniobra de Valsalva. El dolor torácico es el síntoma más frecuente, la disnea es el segundo. Puede debutar con menos frecuencia con dolor cervical, odinofagia, molestias cervicales vagas, disfonía, disfagia, tos persistente, rinolalia, náuseas y ansiedad. OBJETIVO. La radiografía simple sigue teniendo un papel importante en el diagnóstico en ciertas patologías de urgencias. A pesar del avance tecnológico al que venimos asistiendo, en ciertos cuadros nos diagnóstica de forma rápida y económica. Lo importante es tener la sospecha diagnóstica para confirmarla mediante técnicas sencillas. MATERIAL. Varón de 39 años con antecedentes de diabetes mellitus en tratamiento con metformina (mal control de su diabetes), exfumador. El día previo consultó en centro de salud por cervicalgia. A las 24 horas acude a urgencias hospitalarias por presentar fiebre, odinofagia, mal estado general y dolor torácico retroesternal de tipo pleurítico. El paciente relata que el día anterior mientras comía pollo notó sensación de cuerpo extraño por lo que realizó maniobras bruscas para intentar sacarlo (entre ellas provocación del vómito). Exploración física: Leve faringolalia. Trismus. Eupneico. Dolor y dificultad movilización cervical. No enfisema subcutáneo. Auscultación cardíaca: Taquicardia, no rones ni soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. MÉTODO. Analítica: Leucocitosis 19.000 PCR 23. Resto de parámetros sin alteraciones Radiografía lateral cervical: Enfisema prevertebral cervico-torácico. Radiografía tórax: banda de hiperlucencia paralela al borde cardíaco izquierdo, con una línea fina radiopaca. Se confirmó con la realización de una Tomografía Axial Computerizada.

Conclusiones:

La radiografía de tórax y cervical es casi siempre la primera técnica de elección y la exploración más importante para el diagnóstico de neumomediastino, ya que puede identificar el mismo en el 90 % de los casos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-13

PACIENTE JOVEN CON DOLOR TORÁCICO. IMPORTANCIA DE LA ECOCARDIOGRAFÍA CLÍNICA EN URGENCIAS

AA Oviedo García, M Algaba Montes, M Patricio Bordonás

UGC Urgencias. Hospital de Valme. Sevilla.

Palabras Clave: emergency medicine, aortic diseases, ultrasonography

Ámbito del caso:

Hospitalaria

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 los demás tipos de disección. **OBJETIVO:** Conocer la utilidad de la ecocardiografía clínica en manos del médico de urgencias (MU), a pie de cama del paciente crítico, ante la sospecha de un síndrome aórtico agudo. **MATERIAL Y MÉTODO:** presentamos el diagnóstico de una disección aórtica tipo A 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 32 años, sin antecedentes de interés 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 1022, 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 ecocardiografía que mostró una dilatación de la raíz aórtica, con doble luz, que se extiende hasta las iliacas. El TAC toracoabdominal confirmó una disección aórtica tipo A, con falsa luz en posición anterior. El paciente fue derivado al hospital de referencia donde fue intervenido con éxito, estando actualmente en revisiones por el servicio de cirugía cardiovascular y pendiente del resultado del estudio de enfermedades del tejido conectivo.

Conclusiones:

La ecografía se ha convertido en los últimos años en una herramienta indispensable para el MU, existiendo una amplia bibliografía internacional que apoya, recomienda y nos exige su uso en beneficio de nuestros pacientes, pero su uso no es infalible, 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-17

HEMATURIA Y TUMOR EVANESCENTE, VALOR DE LA ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA

P Guallar Sola (1), L Lapuerta Irigoyen (1), A Martínez Fernández (2), E Antolín Barrios (1), J Jodra Pérez (1), E Carramiñana López (1)

(1) Complejo Hospitalario de Soria, (2) Médico Urgencias O61 SUAP, Salud Aragón

Palabras Clave: ultrasound, hematuria, tumor

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente varón de 69 años con antecedentes de hipertrofia benigna de próstata e hipertensión arterial. Acude a urgencias por hematuria de unas 12 horas de evolución con posterior dificultad a la micción e intranquilidad. A la exploración el paciente está, sudoroso con dolorimiento abdominal. La auscultación cardiopulmonar es anodina, el abdomen es blando con molestias en hipogastrio, no se palpa un globo. Se realiza ecografía a pie de cama con la sospecha de posible globo vesical. En la exploración ecoscópica se aprecia una vejiga con un volumen calculado de 450ml, en su interior a nivel posteroinferior, se aprecia una imagen hiperecogénica irregular, que parece estar adherida a las paredes vesicales. Se amplía la exploración para descartar hidronefrosis secundaria, sin apreciarla. Ante la dificultad de la micción, la sospecha de globo vesical y la imagen que sugiere una masa, se realiza sondaje vesical. Se extrae orina hematuria con abundantes coágulos, se realizan varios lavados manuales y lavados vesicales continuos y se ingresa en la Unidad de Corta Estancia para seguir tratamiento. A las 12 horas del ingreso, la orina no es hematuria, se realiza nueva exploración con ecografía para valorar la imagen sugerente de tumor apreciándose una vejiga normal. La sospecha clínica fue de una hematuria por hemato-ma vesical con globo vesical, pendiente de valoración por urología.

Conclusiones:

Desde la introducción de la ecografía en los servicios de urgencias, ésta se está utilizando para múltiples aplicaciones. Nosotros recomendamos usarla respondiendo a preguntas binarias, en este caso ¿tiene un globo vesical?, sí o no. En nuestro paciente la respuesta es si, pero además, y esto ocurre cuando hacemos ecografía, en la misma exploración podemos encontrarnos más datos. En esta ocasión, una imagen hiperecogénica que puede sugerirnos un tumor. Tras la realización del sondaje y el lavado vesical continuo, volvemos a repetir la ecografía, no existiendo globo, visualizamos la sonda bien colocada y vemos que ya no hay masa. Respondiendo en este caso a tres preguntas binarias en una misma exploración. Recomendamos el uso de la ecografía a pie de cama tras realizar un aprendizaje progresivo, siempre intentado responder a preguntas binarias sencillas bien formuladas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-18

DOLOR TORÁCICO, DISNEA E INESTABILIDAD HEMODINÁMICA: QUE LOS ÁRBOLES NO IMPIDAN VER EL BOSQUE

F Ruiz Ruiz, MD Navarro Amuedo, A Hurtado Ganoza, JM Camero Macías, P Cristobo Sáinz, JF Rodríguez Fernández, E Montero Romero

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Palabras Clave: disnea, inestabilización, ecocardiografía

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón 51 años, fumador y dislipémico. Acudió por disnea y dolor centrotorácico de una hora de evolución, irradiado a abdomen, sin cortejo vegetativo, no opresivo y que se inició en reposo. Presentaba inestabilidad hemodinámica (TA 85/45 y FC 120). Disneico y taquipneico en reposo (32 rpm), saturación 91% pese a oxigenoterapia y uso de musculatura accesoria. Afebril. Buen murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos y tonos cardíacos rítmicos sin soplos. Aumento del volumen de la pierna derecha en región infrapoplíteica, con aumento local de la temperatura, sin eritema ni fovea y no dolorosa a la palpación. En la analítica destaca elevación de dímeros D (5700 mcg/l), en ECG se patrón S1Q3T3 y en ecocardiografía transtorácica se halla un VD dilatado y con función sistólica deprimida, abombamiento del septo interventricular hacia VI con hipercontractilidad de los segmentos apicales (Síndrome de McConnell) además de imagen móvil en VD compatible con trombo a dicho nivel. Se decidió realizar fibrinólisis con rTPA. Posteriormente comenzó con disnea, desaturación y bradipnea progresivas. Se procede a IOT y posterior conexión a VMI controlada por volumen junto con aceleración del ritmo de infusión de rTPA. A pesar de ello, y de una FiO2 al 100%, el paciente se mantuvo hipoxémico, decidiéndose finalmente su ingreso en UCI, donde requirió perfusión de aminos. En angioTC tórax destacaba TEP multivascular bilateral masivo, signos de trombo agudo e infarto pulmonar. La evolución posterior fue tórpida requiriendo nueva fibrinólisis por persistencia de trombo fresco. En los días sucesivos evolucionó favorablemente desapareciendo el TEP y las alteraciones ecocardiográficas.

Conclusiones:

La ecocardiografía supone un método alternativo al TC para el diagnóstico de TEP, siendo los hallazgos ecocardiográficos sugerentes: dilatación y disfunción del VD, signo de McConnell (alta especificidad), permitiendo diferenciar de otra entidad, ya que la hipercontractilidad que define a dicho signo es específica de TEP. En nuestro caso, la alta sospecha clínica aunada a la existencia de signos los ecocardiográficos, constituyen un indicio firme para el diagnóstico de TEP y justifican el inicio de tratamiento fibrinolítico. Además, la presencia de disfunción VD (objetivado mediante ecocardiografía), es también indicación de fibrinólisis urgente.

P-19

CUANDO UNA PLACA DE CERVICALES NO ES SUFICIENTE...

C Hidalgo Collazos, B García Marina, R Parada López

Hospital Infanta Leonor. Madrid

Palabras Clave: dorsalgia, adenocarcinoma, pancoast

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Varón de 39 años acude a urgencias por cervicalgia y dorsalgia de 8 meses de evolución. Fumador de 20 cigarrillos de tabaco al día, marihuana ocasionalmente. Batería de profesión. No otro antecedente de interés. Visto por primera vez en urgencias en Octubre, a la exploración presentaba dolor a la palpación paravertebral cervical y en trapecio izquierdo, ligera limitación de la movilidad con incapacidad de abducción más de 90°, sin apofisalgias, con sensibilidad conservada. Dado que ya había sido visto por atención primaria y tenía pendiente cita en una semana con Traumatología de zona, se realiza radiografías de columna cervical AP y lateral, que resultan normales y se alta con primer escalón analgésico. Tres días después, acude nuevamente por asociar dolor en cara posterior de brazo izquierdo. Se atribuye su patología su profesión, se recomienda reposo y se añade Gabapentina al tratamiento. El paciente acude a traumatología esa semana y solicitan resonancia magnética de columna cervical, que acude a realizarse al hospital a principios de Diciembre de 2015. Ante los hallazgos de la resonancia, Radiología contacta con Urgencias para valorar ampliación de estudio a columna dorsal y completar estudio. En RMN se visualiza masa de gran tamaño 10x8 cm (CCxAP) que parece localizarse en ápex pulmonar izquierdo de intensidad de señal heterogénea (alta en T2) y bordes bien definidos compatible con proceso neoplásico que se extiende lateral y posteriormente a pared torácica posterior a la que infiltra con afectación de arcos costales dorsales. Medial y posterior se extiende e infiltra cuerpo vertebral de D4 completo, pedículo y lámina vertebral, ocupando agujero de conjunción y extendiéndose a canal raquídeo ocupando espacio subaracnoideo. Con este informe, se amplía el estudio con radiografía de tórax, que muestra una gran aumento de densidad en campo pulmonar superior izquierdo con ausencia de visualización de arcos costales posteriores de la tercera a cuarta, ni pedículo izquierdo de T4. Hallazgos compatibles con tumor de Pancoast. Se solicita TAC toracoabdominal y analítica con marcadores tumorales y se cursa ingreso.

Conclusiones:

Ante dolores dorsales no claramente mecánicos prolongados, completar estudio con radiografía de tórax. Una radiografía de cervicales puede no ser suficiente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-20

LA ECOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL HOMBRO DOLOROSO EN URGENCIAS: TENDINOSIS CALCIFICANTE DEL TENDÓN SUBESCAPULAR

AA Oviedo García, M Algaba Montes, M Patricio Bordonmás

UGC Urgencias. Hospital de Valme. Sevilla

Palabras Clave: emergency medicine, musculoskeletal diseases, ultrasonography

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: la causa del dolor tendinoso continúa sin estar claramente establecida en la actualidad. La tendinosis, trastorno degenerativo común, crónico, es causa importante de dolor y discapacidad, especialmente en los adultos de edad avanzada, con pocas opciones de tratamiento eficaces. Los tendones del manguito de los rotadores del hombro (supraespinoso, infraespinoso, subescapular y redondo menor) se afectan frecuentemente por la tendinosis, fundamentalmente el supraespinoso aunque también se pueden afectar los otros tres. La ecografía nos puede ayudar a conocer cuál de los tendones es el lesionado, ayudándonos a dirigir el tratamiento efectivo (infiltración) al lugar más idóneo, incrementando sobremanera la eficacia del mismo. **OBJETIVO:** Conocer la utilidad de la ecografía a la hora de realizar un diagnóstico diferencial y guiar el tratamiento del hombro doloroso en urgencias. **MATERIAL Y MÉTODO:** presentamos el diagnóstico ecográfico de una calcificación del tendón subescapular y su infiltración ecoguiada, realizada por el propio médico de urgencias. Disponemos de un ecógrafo Sonosite-M-Turbo, con sonda lineal HLF38x de 6-13 MHz. **RESULTADOS:** Mujer de 65 años, sin antecedentes de interés que acude por dolor intenso y limitación funcional del hombro derecho (su hombro dominante) desde hace 3 semanas, sin mejoría a pesar del tratamiento analgésico y antiinflamatorio prescrito por su médico de cabecera. Ante la falta de mejoría su médico la ha derivado al especialista de zona, pero tiene cita prevista para dentro de 4 semanas, y no puede soportar más el dolor. El Médico de urgencias (MU) le realiza una ecografía apreciando una imagen redondeada, grande, heterogénea, calcificada en su mayor parte, en el espesor del tendón subescapular, compatible con tendinopatía calcificante del mismo. Tras el diagnóstico, se procede a realizar una infiltración ecoguiada peritendinosa (Triamcinolona 40 mg/1 ml+lidocaína 1% 4 cc), justo en la zona de la calcificación.

Conclusiones:

La ecografía es rápida y fiable en el diagnóstico de patologías musculoesqueléticas. 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 al paciente, facilitando así mismo, un tratamiento inmediato más eficaz mediante las técnicas ecoguiadas que mediante las técnicas 'ciegas' tradicionales.

P-24

COMPROBACIÓN ECOGRÁFICA DE LA CORRECTA COLOCACIÓN DE UNA Sonda NASOGÁSTRICA EN URGENCIAS

M Patricio Bordonmás, M Algaba Montes, AA Oviedo García

UGC Urgencias. Hospital de Valme. Sevilla

Palabras Clave: emergency medicine, emergency medical services, ultrasonography

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: Las competencias de los profesionales de Urgencias (PU), tanto médicos como enfermeros, en Ecografía se debaten hace décadas. La evidencia científica actual avala el uso de la Ecografía por el PU por su rapidez, agilidad y seguridad para el paciente, pero en España estamos aún lejos de que todos los servicios de urgencias dispongan de ecógrafo y de que todos sus profesionales se encuentren formados y capacitados para su manejo. **OBJETIVO:** Conocer la utilidad de la ecografía en urgencias para la comprobación de la correcta situación de una sonda nasogástrica (SNG) tras su inserción. **MATERIAL Y MÉTODO:** presentamos comprobación de la correcta ubicación de SNG en urgencias, realizada por un enfermero. Disponemos de un ecógrafo Sonosite-M-Turbo, con sonda convex C60e/5-2MHz. **RESULTADOS:** Mujer de 91 años, hipertensa, diabética, institucionalizada, gran dependiente, que es traída a urgencias por deterioro general, dolor y distensión abdominal de 48h de evolución. A la exploración, abdomen distendido y timpánico con ruidos metálicos, confirmando la radiografía un cuadro de oclusión intestinal. Indicada la descompresión, al disponer de un ecógrafo, el enfermero responsable del paciente comprueba la ubicación correcta de la SNG por medio de éste tras insertarla, al ofrecer dudas la comprobación por el método tradicional. Con la ecografía se puede visualizar de forma directa la entrada de aire procedente de la SNG en la cavidad gástrica.

Conclusiones:

Incorporar la ecografía en los Servicios de Urgencias (SU), nos hace 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 patologías urgentes influyen negativamente en el pronóstico del paciente y en su bienestar. 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.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-25

USO DE ULTRASONOGRAFÍA RÁPIDA EN SHOCK EN PACIENTE CON SEPTICEMIA Y NIVEL DE CONCIENCIA DISMINUIDO

YI Jarabo López, I Cuenca Sandoval, MJ Huertas Sánchez, A Cazorla Méndez, A Cantero Sandoval, V Asensio Villanueva, DJ Nova López

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Palabras Clave: ecografía, septicemia, colecistitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Estando 72 horas previas con cuadro catarral en tratamiento con azitromicina y paracetamol, se acuesta bien. Por la mañana su esposa avisa a 112 por imposibilidad para despertarlo y dificultad respiratoria. Es HTA, DLP Y DM-II con ADOS. A su llegada a servicio de Urgencias Hospitalario presenta TA 88/59 mm hg. FC 150 lpm. FR 28 rpm. T° 38.8°C. Sat 98%. Glasgow 4/15. Destaca ictericia subconjuntival, trabajo respiratorio, ruido de secreciones y abundancia de roncus y sibilantes en auscultación, resto de exploración sin hallazgos. Se inician medidas de sosten y pruebas complementarias bajo el juicio clínico de septicemia/shock séptico de causa respiratoria. Como parte integral de la asistencia se realiza ecoscopia con ecógrafo portátil G.E Healthcare LogiQ-e en sala de urgencias bajo protocolo RUSH: ecocardiogramas grandes vasos y e-fast. Destaca vena cava inferior colapsada y dilatación de vía biliar intrahepática. Se extiende la exploración a zona biliar con vesícula distendida con pared engrosada con contenido de barro biliar y litiasis junto a dilatación de vía biliar con coledoco de 1.3 cm. Se comenta con cirujano general de guardia con decisión de cirugía colecistectomía abierta emergente. El tiempo de estancia en urgencias es de 2 horas.

Conclusiones:

El uso de la ecografía por médicos de urgencias entrenados en base a protocolos específicos es un valor en alza para la toma de decisiones rápidas sobre todo en pacientes inestables y con deterioro del nivel de conciencia. En este caso se presenta la utilización de la ecoscopia en protocolo RUSH en el algoritmo de toma de decisiones del paciente en shock. Como resultado de la integración de la ecoscopia en sala de emergencias se cambia el juicio clínico y orientación de tratamiento de un paciente con acceso a evacuación de foco de propagación de la septicemia de forma rápida.

P-28

!DOCTOR, TENGO UN CATARRO;

M Molina Anguita (1), T Ortega Gómez-Alfárez (1), MF Molina Anguita (2), MM Rodríguez Carrasco (3), C Monroy Gómez (1), A Santamaría Marín (1), CM Gutiérrez Tirado (1)

(1) Hospital General Universitario de Ciudad Real, (2) Centro de Salud La Florida. Alicante, (3) Centro de Salud Orcasitas. Madrid

Palabras Clave: thymoma, adult, mediastinal

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Presentamos una paciente de 55 años, con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento, que acude al Centro de Salud por síntomas catarrales, mucosidad nasal y tos expectorante, de varios días de evolución. En la exploración pulmonar destaca hipoventilación en hemitórax izquierdo. Ante el hallazgo exploratorio se decide realizar radiografía torácica de urgencia, donde observamos una masa que ocupa gran parte de hemitórax izquierdo, sin derrame pleural, por lo que se deriva al Servicio de Urgencias Hospitalaria para ampliación del estudio. A su llegada se realiza TAC torácico describiendo una masa de aproximadamente 15x9x16 cm que parece depender de mediastino anterior de bordes bien definidos, heterogénea y una calcificación en su interior con sospecha de linfoma, aconsejando realizar PAAF. Diagnósticos diferenciales posibles: linfoma, tumores de células germinales, tumores metastásicos o timoma. Se realiza PET-TAC sin captación a ese nivel y PAAF, identificando una imagen compatible con Timoma tipo AB, poniéndonos en contacto con el servicio de Cirugía Torácica para evaluación de la paciente. El timoma es una rara neoplasia epitelial. Mientras que la mitad de los pacientes son asintomáticos, la otra mitad presenta síntomas torácicos como disnea, dolor, infección del tracto respiratorio superior, fatiga, pérdida de peso, tos o neumonía. Los timomas están frecuentemente asociados a la miastenia gravis, un trastorno autoinmune que se manifiesta con diplopia, ptosis, disfagia y debilidad, además de otras enfermedades autoinmunes y enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, insuficiencia renal o enfermedad coronaria. El diagnóstico se basa en hallazgos clínicos, radiológicos y un análisis patológico de los tejidos resecados. Los timomas están actualmente divididos en 4 subclases histológicas: A, células epiteliales ovales o fusiformes. B, células son redondas o poligonales. AB, presentan rasgos característicos del timoma tipo A con un componente linfocitario. C, caracterizado por atipia citológica y pérdida de las características organotípicas del timo. El tratamiento consiste en una escisión quirúrgica completa, en ocasiones se complementa con terapia adyuvante adicional o terapia neoadyuvante.

Conclusiones:

En la mayoría de los casos los timomas no se buscan si no que se encuentran, a través de una clínica variable por medio de una imagen radiológica. Teniendo presente que su tratamiento será la intervención quirúrgica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-29

LA PERICARDIOCENTESIS SALVADORA

C Celada Roldán (1), A Cordovilla Moreno (2), V Madrid Ferreiro (2), S Fernández Guillén (3), M Dolores González (3), R Gómez García (4), A Martínez Mas (4)

(1) Centro de Salud Los Dolores, (2) HUSL, (3) Centro de Salud El Algar, (4) Centro de Salud Barrio Peral. Murcia

Palabras Clave: taponamiento, shock, ecocardiograma

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 39 años fumadora de 30 paq/año, con antecedentes de mieloma múltiple estadio IIIA refractaria a diferentes líneas de tratamiento. Acude a Urgencias refiriendo disnea brusca con pérdida de conocimiento tras discusión con su pareja. Ante la sospecha de tromboembolismo pulmonar por inestabilidad hemodinámica se realiza angioTAC que lo descarta pero informa de derrame pericárdico severo que se confirma con ecocardiograma urgente y muestra compromiso hemodinámico. Se realiza pericardiocentesis urgente, extrayendo 300 ml de líquido pericárdico hemático y transfundiendo 2 concentrados de hemáties con excelente respuesta. Exploración física: IMC: 37.7. Regular estado general. Sin focalidad neurológica. TA: 105/52 Afebril, palidez cutánea. Auscultación cardiopulmonar rítmica a 113lpm con hipofonía global predominante en base izquierda. Extremidades inferiores edematosas. Pruebas complementarias: ECG: Taquicardia sinusal a 100 lpm sin alteraciones de la repolarización. Rx tórax: Atelectasia basal derecha y derrame pleural derecho. Analítica: Glu 105, urea 39, Cr 1.59, iones normales, K 4.7. Tnl 0.030- <0.015. Dímero D 6285. PCR 6.8. Hb 9.7, Hto 29.7%, leucocitos 9500 (Nt 6440), plaquetas 107000. Bioquímica del líquido pericárdico: Glu 42, Hemáties 3069000, leucos 8784, Hcto 33%, Mn 26%, PMN 74%. Anatomía patológica: posibles plasmoblastos, Micro LP: negativo. AngioTC: Derrame pericárdico severo que condiciona colapso de cavidades derechas. Ecocardiograma urgente: Derrame pericárdico muy severo de hasta 5 cm en pared posterior de VI con colapso cavidades derechas. Taponamiento ecocardiográfico. Ecocardiograma postpericardiocentesis: persiste derrame moderado. Cateterismo: Se obtiene líquido serohemático oscuro (300ml). TAC Torax con contraste: Resolución parcial del derrame pericárdico y de los signos de taponamiento cardíaco. Juicio clínico: Derrame pericárdico severo con signos ecocardiográficos de compromiso hemodinámico. Diagnóstico Diferencial: Shock cardiogénico Hemopericardio. Ruptura de la pared libre del ventrículo postinfarto de miocardio. Aneurisma aórtico roto a cavidad pericárdica. Disección aórtica al pericardio. Neoplasias cardíaca. Pericarditis aguda.

Conclusiones:

El taponamiento cardíaco puede ser agudo o crónico y produce un severo trastorno hemodinámico, con clínica de dolor torácico, disnea y síntomas asociados con bajo gasto cardíaco. La pericardiocentesis guiada por ecografía puede llegar a ser una medida salvadora en los casos de taponamiento cardíaco agudo evitando así las complicaciones por la punción ciega y como paliación en pacientes graves o en estado terminal.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-30

A PROPÓSITO DE UN CASO

M Ferre Calabuig (1), F Salame (2), A Revert (3), I Avila Alcivar (3), J Garcia Prieto (3), A Gallego Peris (3), P Riesgo Suarez (3)

(1) Hospital Arnau de Vilanova , (2) Hospital de Manises , (3) Hospital De Manises. Valencia-Valencia

Palabras Clave: hidrocefalia, cefalea, imagen

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Paciente de 25 años que acude repetidamente a PU por presentar clínica de cefalea, dolor cervical, mareos y vómitos. En las 24 horas previas acude por presentar además alteración del comportamiento con desorientación y descenso del nivel de consciencia. Se le realizó TC CRANEO y RNM urgente que mostró imagen de hidrocefalia tetraventricular obstructiva. Fue intervenido con carácter urgente, procediéndose a la implantación de un sistema de derivación ventrículo peritoneal del LCR (sistema bi-shunt de presión media). En RNM CEREBRO con contraste seis días posteriores DVP con extremo del catéter en Monro derecho, la talla ventricular se había normalizado y desaparecido la resorción trasependimaria. El VL derecho estaba colapsado, había aparecido un pequeño higroma subdural frontotemporal derecho, burbuja de neumoencéfalo con las cisternas basales y surcos de la convexidad izquierda. Con la sospecha de hidrocefalia normotensiva idiopática (HTNI) se instauró tratamiento quirúrgico urgente que evolucionó de forma satisfactoria. La TC de control postquirúrgico mostró resolución de la imagen que mostraba previamente, por lo que fue dado de alta para seguir controles posteriores

Conclusiones:

1. En un paciente en edad juvenil con cefalea (subaguda) en mayoría de las ocasiones puede deberse a una banda congénita o postinflamatoria 2. Las pruebas de imagen (TC y RNM) diagnósticas permite el tratamiento quirúrgico electivo 3. El mecanismo fisiopatológico produce un aumento de la PIC, por obstrucción de los orificios de Magendie y Luscka. En ocasiones existe una banda congénita o inflamación, descrito por primera vez por Dandy Walker 4. Probablemente hay una asociación entre el aumento de la PIC y el desarrollo de la hidrocefalia. La banda congénita o inflamatoria son factores de riesgo para la misma 5. La TC permite el diagnóstico inicial de hidrocefalia.

P-31

DOLOR TORÁCICO Y EDEMA AGUDO DE PULMÓN TRAS RECAMBIO VALVULAR AÓRTICO (CORAZÓN CANSADO VS. CORAZÓN PARTIDO)

L Cárdenas Bravo, M Ayo González, B Giménez Fernández, T Martín Casquero, J Berrospi Melgarejo

Hospital Universitario del Vinalopó. Alicante

Palabras clave: scasest, eap, takotsubo

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

PACIENTE: Paciente de 74 años fumadora EPOC, utiliza CPAP nocturna. HTA. Cirugía cardíaca: sustitución valvular aórtica (BIOPRÓTESIS) y recambio de aorta ascendente por prótesis tubular Nov 2013. Dada de alta del Servicio de Cirugía Cardíaca 26 de Febrero 2016 tras recambio valvular aórtico por disfunción protésica precoz de con insuficiencia aórtica severa. Acude a urgencias día 02 de Marzo 2016 por disnea de 3 días de evolución hasta hacerse de reposo asociado a dolor en hemitorax izquierdo, sudoración y palidez. **RESULTADOS:** A su llegada a urgencias FC 118 lpm, Hipertensa y con disnea grave que mejora con inicio de VMNI. En ECG se evidencia QS anterior de nueva aparición. Primeras enzimas negativas, con elevación a 1,05 ng/dl. Placa de torax anodina, elevación de hemidiafragma derecho ya conocido. Tras mejoría clínica se intenta destete de VMNI produciéndose rápido deterioro respiratorio obligando a mantener VMNI. Médico de Urgencias realiza ECOCARDIOGRAFIA a la cabecera del paciente encontrándose: VI dilatado a expensas de todos los segmentos medioapicales que se encuentran aquinéticos (VTD: 88ml) compatible con Síndrome de balonamiento apical (Takotsubo) a correlacionar con ECG y elevación discreta de Tnl. FE severamente deprimida (38 % Simpson). IAO ligera (Grado II). Gradientes de prótesis en posición aórtica (8/4 mmHg). En el contexto de disfunción ventricular. IM trivial. IT ligera que estima HTP límite. Ausencia de derrame pericárdico. **EVOLUCION:** Ingreso en UCI con mejoría progresiva tras mantener tratamiento deplectivo con destete de VMNI que sólo precisa por las noches. En ecocardiograma de control del día 7/03 resolución de la aquinesia apical con FEVI 45%, lo que tras cateterismo sin lesiones angiográficamente significativas, dominancia derecha y la evolución se hace diagnóstico definitivo de síndrome de Takotsubo.

Conclusiones:

Se presenta el caso de una paciente que acude a urgencias con dolor torácico en EAP tras cirugía cardíaca reciente con cambios electrocardiográficos cuyo diagnóstico inicial es SCASEST. La aproximación diagnóstica se ve claramente afinada una vez entra en escena el uso de la ecocardiografía a la cabecera del paciente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-32

INFECCIÓN RESPIRATORIA AYER, TEP ECO-DETECTADO HOY

S P Ramirez Plaza, C Martinez Buendia, A Fernandez Merlo,
J F Martinez Lopez

Hospital Quirón. Málaga

Palabras Clave: differential diagnosis, lung ultrasound, pulmonary tromboembolism

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

La ecografía torácica es un método adecuado como herramienta diagnóstica complementaria o, incluso primaria. La posibilidad de hacerla a pie de cama y la no exposición a radiación, son dos ventajas capitales que acompañan al amplio abanico de diagnóstico diferencial que nos facilita esta técnica. Se trata de una mujer de 67 años que hacía una semana comenzaba con cuadro brusco de dolor pleurítico derecho y disnea. Negaba tos, expectoración o sibilancias. El día previo le prescribieron en el servicio de urgencias tratamiento con amoxicilina-clavulánico. Acudía al día siguiente por persistencia de síntomas, palpitaciones y disnea a moderados esfuerzos. En la exploración destaca aceptable estado general, eupneica en reposo, saturación 97%, taquicardia, sin ruidos sobreañadidos en la respiración, afebril y miembros inferiores sin impresión asimétrica o de TVP. Con las características del dolor pleurítico en base derecha a punta de dedo, decidimos realizar ecografía torácica directamente en la zona señalada por la paciente: lesión subpleural hipoeoica triangular sin broncograma aéreo de base pleural, con bordes aserrados y vértice afilado. Por las características ecográficas, la localización en base derecha y revisando la anamnesis, se concluye compatible con tromboembolismo pulmonar periférico. Por supuesto la exploración fue completada con sonda lineal en miembros inferiores, objetivándose finalmente TVP en pierna izquierda. A continuación, el dímero D fue solicitado: 8657 ng/ml y el angioTac pulmonar informó de: Signos de tromboembolismo pulmonar en arteria lobar inferior derecha y sus ramas segmentarias. Patrón parcheado en vidrio deslustrado en IID, más acusado en segmento 8, que podrían estar en relación con alteraciones de perfusión segmentarias en relación a tromboembolismo pulmonar.

Conclusiones:

Si practicáramos el arte de la exploración ecográfica sistemática a pie de cama, el screening de patologías respiratorias en manos de un operador adiestrado, nos permitiría aumentar la certeza en nuestros diagnósticos y con ello, la seguridad de nuestros pacientes a priori no críticos.

P-33

DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO EXTRAHOSPITALARIO DE TAPONAMIENTO CARDIACO Y PERICARDIOCENTESIS EFECTIVA EN UN PACIENTE QUE SUFRIÓ UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

AA de Blas de Blas, MC Barneto Valero, JP Castro Carreras,
LJ Rodríguez Martín, C Caniego Rodrigo, A Casas Temprano,
JR Gallardo Gálvez

Samur- Protección Civil. Madrid

Palabras Clave: ecografía, taponamiento cardiaco, pericardiocentesis

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Varón de 67 años que sufre pérdida de consciencia brusca en un bar. A la llegada del Soporte Vital Básico, inconsciente y cianótico, sin signos de circulación, comienzan reanimación y recupera circulación espontánea tras pocas compresiones, con signos de bajo gasto, que precisa sedación por agitación para manejo al llegar el Soporte Vital Avanzado (SVA). Constantes: 120 lpm, 20 rpm, TA de 60/40 mmHg, SO2 indetectable. Se administra bolo 200cc SSF y se realiza electrocardiograma, con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) lateral. En analítica, pH 7,18, EB -4, y lactato 4,95. Se aísla vía aérea y se comienza noradrenalina al persistir el shock. Segunda analítica confirma empeoramiento (pH 7,08, EB -11) y se administra bicarbonato. Ecografía (ecógrafo Sonosite Titan®): derrame pericárdico (aproximación subxifoidea), causante de taponamiento cardiaco compatible con la clínica. Diagnóstico: IAM lateral, con derrame pericárdico que produce taponamiento cardiaco (diagnóstico ecográfico). Tratamiento: se decide, dada la mala evolución del paciente pese a los tratamientos administrados, realizar pericardiocentesis (catéter 14G largo), guiada por ecografía y con control electrocardiográfico. Extracción 210cc sangre (5cc iniciales +2,5 +2,5). Mejoría instantánea del paciente. Llegada a hospital (25min traslado): TA 100/70mmHg, FC 95 lpm, SO2 98%, con pH 7,28, EB -4, y lactato 4,25. Hemodinámica: obstrucción completa coronaria circunfleja, no se objetivó origen del derrame.

Conclusiones:

La Ecografía en emergencias realizada por médicos urgenciólogos entrenados es rápida, eficaz, y permite alcanzar diagnósticos o completar otros dificultosos sin ella, también facilita la realización y mejora la seguridad en técnicas invasivas de gran dificultad como la pericardiocentesis. En este caso, se demuestra la utilidad de la Ecografía en Servicios de Emergencias Extrahospitalarios (SEMEX) para diagnóstico y tratamiento de taponamiento cardiaco postIAM. La implantación de la Ecografía en Urgencias es un hecho que, sin embargo, en los SEMEX, sólo SAMUR-Protección Civil de Madrid es el único de España que lo tiene en sus unidades de SVA. Comenzó utilizándose en politraumatizado, pero está demostrando su eficacia, como recomiendan



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

las guías, en Parada Cardiorrespiratoria e IAM. Su implantación en todos los SEMex permitirá mejorar la calidad de nuestras intervenciones y redundará en más vidas y más calidad de vida alcanzada en nuestros pacientes.

P-35

EMPIEMA NECESSITATIS. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

V Krompiewski Fernández, L Gómez Martínez, D Díez Herrero, J García Aldave, A Huesa Perales, E Díaz Fernández

Hospital de San Juan. Alicante

Palabras Clave: empiema necessitatis, absceso torácico, derrame paraneumónico

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Paciente varón de 84 años con antecedentes de DM, DLP, EPOC, FA y TBC en la infancia. Presenta lesión dolorosa de consistencia blanda, en región costal derecha de 4 días de evolución. No antecedentes traumáticos. Sensación distérmica sin fiebre termometrada. Sin otra clínica. Se solicita ecografía de pared torácica apreciándose masa de 6.8x4.8x5.5 cm hipoecóica sin flujo doppler con trayectoria en profundidad a través del espacio intercostal alcanzando espacio extrapleural (morfología bilobulada en reloj de arena). La lesión sugiere contenido de líquido espeso. En Rx tórax presenta gran lesión calcificada en base pulmonar derecha. TAC pulmonar: identifica comunicación-trayecto anfractuoso entre la porción más caudal y anterior de la zona de paquipleuritis y la masa de la pared, en relación con empiema necessitatis. Análisis sanguíneo: PCR: 11.37mg/dl. Resto sin alteraciones. Juicio diagnóstico: empiema necessitatis. Evolución: El paciente ingresa en planta, donde se realiza toracocentesis con drenaje de 2400ml de material purulento. Se inicia antibioterapia empírica (amoxicilina-clavulánico) con mejoría progresiva de la clínica y controles radiológicos.

Conclusiones:

Con este caso mostramos una complicación poco frecuente de un manejo inadecuado o tardío de la neumonía o derrame paraneumónico incluso a largo plazo, lo cual demuestra la necesidad de mejorar el seguimiento clínico y sospechar este tipo de complicaciones en pacientes con colecciones a nivel torácico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-36

VAYA CON LA TVP

MA Palomero Martín, F Diego Robledo, R Rodríguez Borrego, A Arévalo Velasco, A García García, JA Sánchez Serrano, A Gómez Prieto

Hospital Clínico Universitario de Salamanca

Palabras Clave: ultrasonografía, bursitis, artritis reumatoide

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción: La trombosis venosa profunda (TVP), presenta una incidencia 1-2/1000 habitantes. El diagnóstico en urgencias se basa en datos clínicos, analíticos y cada vez más frecuentemente, ecográficos. Objetivo: El diagnóstico de la TVP debería poder realizarse en los servicios de urgencias de manera autónoma. Método: Paciente mujer de 57 años, antecedentes de artritis reumatoide (AR), que acude por dolor en extremidad inferior derecha de 15 días de evolución. Consulta una semana antes por este motivo en el Hospital de Mallorca, diagnosticándola de: Edema de miembro inferior derecho. Se le realiza ecodoppler por el servicio de radiología, siendo este normal. Se traslada a Salamanca, donde el edema y el dolor inguinal aumentan. Exploración: aumento de volumen de extremidad, calor y fovea blanda, Hommans +. Analítica: Hemograma: Hb 8,9 g/dl, Leu 7,7, Plaquetas 306, PCR: 0,79mg/dl, DD 1,69. Se realiza ecodoppler por médico de urgencias con sonda lineal de 15 MHz, no observándose material trombotico tanto a nivel de vena femoral común, vena femoral profunda ni en vena poplítea. Se explora pelvis, sonda convex 5 MHz, apreciando colección anecoica sobre músculo psoas. TAC abdomino-pélvico: colección hipodensa 8x4 cm en relación con articulación coxofemoral sugerente de bursitis ileo-psoas que produce compresión del sistema venoso. Ingresó la paciente para abordaje quirúrgico a través de acceso iliaco. Resultado: Pseudoquistes sinoviales en contexto de AR y compresión venosa.

Conclusiones:

Las bursitis del iliopsoas son una entidad clínica poco frecuente como causa de compresión de estructuras vasculonerviosas de la región inguinal. La AR aumenta esta posibilidad. La historia clínica y analítica dirigen el diagnóstico hacia TVP, pero, el uso de la ecografía en los servicios de urgencias, proporciona una valiosa herramienta para el correcto diagnóstico al aunar el conocimiento clínico de las distintas patologías con la exploración del enfermo. La exploración ecográfica de la pelvis puede ser de gran ayuda en casos de sospecha de compresión vascular.

P-37

DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DEL URGENCIÓLOGO DE UNA ENTIDAD INFRECUENTE PERO IMPORTANTE: EL MUCOCELE APENDICULAR

E Jaloud Saavedra, V López García de Longoria, D Núñez Hospital, M Algaba Montes, AA Oviedo García, S Portero Naranjo, R Martín Balbuena

Hospital Universitario de Valme. Sevilla

Palabras Clave: mucocèle apendicular, ultrasonografía

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 44 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que nota una nodulación mínimamente dolorosa en región suprapúbica derecha desde hace dos días, achacándolo a sobre esfuerzo deportivo. No refiere fiebre o clínica urológica, ni alteraciones del hábito intestinal, o modificaciones del tamaño o dolor relacionadas con ingesta o Valsalva. A la exploración, buen estado general, normotenso y afebril, con un abdomen blando y depresible salvo en fosa iliaca derecha, donde es palpable masa levemente dolorosa, no reductible, con bordes lisos. Realizamos en el mismo acto exploratorio una ecografía clínica a pie de camilla, encontrando una lesión quística de 75x50x60 mm de contenido hipocóico, de paredes uniformes, que parece depender de ciego, sospechando que se trata de un mucocèle apendicular. Confirmamos dicha sospecha con una ecografía realizada por el radiólogo y con ello, solicitamos valoración por Cirugía, que cita para intervención reglada (exéresis sin incidencias con resultado anatomopatológico de cistoadenoma).

Conclusiones:

Son evidentes las ventajas del uso de los ultrasonidos US por los médicos de Urgencias, y así lo remarcan todas las sociedades científicas en sus directrices por su inocuidad, seguridad, reproducibilidad, excelente resultado en coste-eficacia y la posibilidad de realizarlo a pie de cama sin desplazar al paciente. Unido a que el dolor abdominal es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Urgencias (10-50%), constatamos diariamente que el uso de US en dolor abdominal presenta grandes aplicaciones diagnósticas tanto en patologías muy prevalentes como en las infrecuentes (pero de notable trascendencia clínica), como lo es el caso que nos ocupa. El término mucocèle no implica una etiología concreta, engloba a cualquier dilatación quística de la luz del apéndice con acúmulo de material mucinoso, existiendo varios tipos histopatológicos (la mayor parte benignos, como el de nuestro paciente, aunque también engloba al cistoadenocarcinoma). Su frecuencia es muy baja (0.2-0.4% de las apendicectomías), pero su importancia reside en que en un 20% se asocian a neoplasias colorrectales (y en menor medida a ováricas, mamarias y hepáticas), y por posibles complicaciones como la obstrucción intestinal, la hemorragia digestiva baja o la diseminación peritoneal de material mucinoso.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-38

TORSIÓN TESTICULAR. DIAGNÓSTICO A PIE DE CAMA

JV Esteban Velasco, I Moro Mangas, L Alonso-Villalobos Ordóñez, E Serrano Lacouture, S de Francisco Andrés, T Rodríguez Novoa, J Chehayeb Morán

Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Palabras Clave: torsión del cordón espermático, ultrasonografía, escroto

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 16 años que acude con dolor testicular derecho, de aparición brusca desde hace 3 horas. A la exploración el testículo está ascendido y horizontalizado (Signo de Gouverneur), muy doloroso. Con el ecógrafo exploramos ambos testículos, comprobando con el doppler color que el derecho presenta un flujo vascular disminuido respecto al contralateral. Hallazgos compatibles con torsión testicular derecha. El servicio de Urología realiza destorsión y orquidopexia con buena evolución.

Conclusiones:

La torsión del cordón espermático es una patología urgente y grave, que provoca una isquemia del testículo, y la pérdida de la gónada si no se actúa rápido (6 primeras horas). Se debe a una mala implantación de la vagina del testículo, que permite que gire sobre sí mismo dentro de la bolsa escrotal. En ocasiones puede destorsionarse de forma espontánea resolviéndose el cuadro. El diagnóstico clínico debe ser confirmado por ultrasonidos. El tratamiento siempre es quirúrgico por vía escrotal. En esta ocasión gracias al manejo ecográfico, se realizó un diagnóstico y actuación rápida se consiguió un buen resultado para el paciente. En hospitales comarcales y sin radiólogo presente, la formación básica en estas técnicas cobrará mayor importancia, y nos ayudará a realizar una medicina más eficaz y segura.

P-39

LINFOMA DE BURKIT COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL EN FOSA ILÍACA DERECHA

A Martínez Motos (1), A Hernández Castro (1), M Escribano Talaya (2), R Pastor Toledo (1), R Darío García (3), R Vera Verón (3), S Valero Liñán (3)

(1) Hospital General de Villarrobledo. Albacete, (2) Hospital General de Almansa, (3) Hospital General de Albacete

Palabras Clave: invaginación, linfoma de Burkitt

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Presentamos el caso de un paciente de 25 años que acude al servicio de urgencias con clínica de dolor abdominal difuso desde hace 1 mes y que desde hace 48 horas está focalizado en FID. Tras la exploración inicial, en la que se constata la presencia de dolor y defensa en fosa iliaca derecha, se realiza una radiografía de abdomen AP y en bipedestación, que muestra signos de obstrucción con ausencia de luminograma aéreo en flanco derecho, distensión de asas y presencia de niveles intraluminales en flanco izquierdo. Ante la sospecha clínica de obstrucción intestinal, se realiza una ecografía en la que se objetiva la presencia de una invaginación intestinal ileo-cólica, con una masa tumoral ileal como cabeza de la invaginación. Se completó el estudio con TC abdominal con contraste, en el que se confirmó la presencia de dicha invaginación ileo-cólica así como de la masa que actuaba como cabeza de la misma. Con estos hallazgos se decidió realizar cirugía urgente con resección de la masa ileal, obteniendo un resultado anatomopatológico de Linfoma de Burkitt intestinal.

Conclusiones:

La invaginación intestinal es muy poco frecuente en adultos, un 5% del total, siendo generalmente causada por una etiología secundaria como tumores. El linfoma de Burkitt, es un tipo raro de linfoma compuesto principalmente de células B, afecta a gente joven, sobre todo en África y está asociado a la infección por el virus de E. Barr. Existe una variante endémica que afecta sobre todo a niños africanos que suelen estar infectados por malaria y otra variante esporádica que es la que vemos fuera de África y que suele afectar a la mandíbula y al ileon y puede debutar con invaginación intestinal. El linfoma de Burkitt representa en Europa solamente el 1-2% del total de los linfomas diagnosticados en adultos, lo que hace que sea extremadamente infrecuente en nuestro medio encontrar un caso de invaginación intestinal en un adulto que además esté causado por una masa tumoral que etiológicamente corresponda a un linfoma de Burkitt intestinal.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-40

MASA CERVICAL Y FIEBRE EN PACIENTE JOVEN

**M Martínez Agüero, S Hernández López, M Cano Langreo,
D Chaparro Pardo, B Rojano López, J Bustamante Mandrón**

Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid

Palabras Clave: fever and emergency treatment, ultrasound in emergency service, neck infection

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente: varón de 31 años sin antecedentes personales de interés que acude por cuadro de 8 días de evolución de aparición de tumoración dolorosa en la región cervical derecha asociada a fiebre de hasta 38° y cuadro de tos con expectoración blanquecina que no mejora con la toma de tratamiento sintomático. En la exploración destaca únicamente una masa en la región cervical derecha en la parte anterior de unos 5 cm de diámetro, dura, discretamente dolorosa, adherida a planos profundos, bien delimitada y no enrojecida. En la analítica no hay datos de interés con un sistemático de sangre normal y una bioquímica normal. Se realiza ecografía a pie de cama y se aprecia tumoración de contenido heteroecoico, desestructurada y con lechos líquido. El hecho de apreciar una estructura no compatible con una adenopatía normal o con un claro absceso obliga a la realización precoz de PAAF derivándose al Servicio de Otorrinolaringología para realización de la misma al día siguiente determinándose el diagnóstico de adenopatía abscesificada.

Conclusiones:

La ecografía en el diagnóstico de lesiones de partes blandas es fundamental. Si se habla de la urgencia, el diagnóstico de lesiones de partes blandas va a modificar de forma sustancial la actitud ante un paciente, determinando la necesidad de ingreso, actuación quirúrgica urgente o estudio de forma ambulatoria. En este caso, la realización de la ecografía fue útil para descartar procesos que requirieran una cirugía urgente y para orientar de forma aproximada el diagnóstico. Al paciente se le orientó de forma adecuada acelerando el diagnóstico precoz sin ser necesaria una primera consulta para la petición de pruebas de barrido y orientando el caso hacia necesidades concretas. Una vez más, se demuestra como la ecografía realizada en un Servicio de Urgencias por un urgenciólogo ayuda a acelerar el proceso terapéutico del paciente mejorando así la calidad asistencial.

P-41

ACALASIA DE ESÓFAGO. INFORME DE UN CASO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

**G Bustamante Sánchez (1), J Esplugas Abos (1), N Pablos Mateo (1),
J Espinach Alvarós (1), V Medialdea Dziatzko (1), E Quillama Torres
(1), J Domingo Lozano (2)**

*(1) Hospital Sant Joan de Deu-Martorell/Barcelona, (2) ICS:
Ambulatorio Santa Coloma de Gramenet. Barcelona*

Palabras Clave: acalasia, trastornos de la motilidad esofágica, disfagia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: La acalasia de esófago corresponde al trastorno primario más común de la motilidad esofágica. Se caracteriza por la falta de relajación del esfínter esofágico inferior (EEI) y la aperistalsis del cuerpo esofágico durante la deglución, causada por la degeneración de los plexos nerviosos mientérico y autónomo. Su etiología aún es desconocida, postulándose diversas teorías. Su presentación es relativamente rara. El diagnóstico se realiza mediante los signos y síntomas clínicos característicos, apoyados fundamentalmente en la manometría esofágica, además de la radiología, endoscopia y cintigrafía. **OBJETIVO:** Reporte de caso clínico, y revisión de este trastorno de la movilidad digestiva, diagnóstico diferencial y análisis de los tratamientos actuales en nuestro medio. **MATERIAL:** Paciente de 89 años que consulta por cuadro tóxico, disnea con episodios de broncoaspiración y disfagia a sólidos. Se realiza radiografía de tórax con imagen sospechosa de Neoplasia pulmonar Lóbulo Superior Derecho a estudio, dentro del diagnóstico diferencial se realiza TAC tórax con gran dilatación de todo el esófago, principalmente del proximal de unos 90mm de calibre que desplaza tiroides y troncos supra-aórticos, retención abundante de restos alimenticios y visualización de estenosis en la unión esófago-gástrica sin masa. El diagnóstico definitivo de Acalasia es realizado, se completa estudio por fibrogastroscoopia (FGS), manometría, y tránsito esófago duodenal (TEGD).

Conclusiones:

La disfagia se debe diferenciar de otros trastornos esofágicos tanto motores como de enfermedades sistémicas e incluso tumores, estas situaciones son más sospechosas en pacientes de edad avanzada, con una historia de menos de 1 año de evolución, y pérdida de peso. El síntoma más frecuente de la acalasia es la disfagia crónica y la disfagia con pérdida de peso. Ningún tratamiento actualmente disponible, ya sea médico, endoscópico o quirúrgico, puede restaurar la motilidad esofágica normal. El tratamiento paliativo de la acalasia se realiza con diversos grados de éxito mediante medicamentos como los bloqueadores de los canales de calcio, y los nitratos de larga acción, inyecciones endoscópicas de toxina botulínica, dilatación con balón o la división quirúrgica de las fibras del músculo circular del esófago inferior (miotomía de Heller).



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-42

PROTOCOLO FATE. A PROPÓSITO DE UN CASO

**M Mejía Castillo, J Grunewald Ortiz, J Bonilla Alonso,
C Gómez Sánchez, F Callado Moro**

Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: FATE, ecocardiografía, shock

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente traído a urgencias por servicio de emergencias con cuadro de 8 días de evolución, de inicio lento, de malestar torácico y sensación de disnea, acompañado en ocasiones de sudoración y mialgias. Sin fiebre ni expectoración. Su médico le trató con antibiótico sin mejoría. El día del ingreso este cuadro se ha agudizado con mayor sensación disneica, sudoración y opresión centrotorácica más acusada. Cuando lo valora el 112 se observa una FA rápida a 140 lpm y se interpreta como SCA por lo que se administra aspirina, NTG y tenormín, con hipotensión posterior y empeoramiento clínico del paciente, que se trata con sueros salinos IV. Cuando llega a urgencias persiste en FA algo mas lenta e hipotensión arterial, pero con mejoría progresiva. El ECG no muestra alteraciones de la repolarización. Después, pasa espontáneamente a ritmo sinusal con mejoría rápida de los síntomas. se realizan analítica con Hemograma, Bioquímica, coagulación con DD, placa de torax, ante los resultados y la situación de shock, probablemente cardiogénico se opta por la realización del protocolo FATE para filiar el probable origen cardiogénico. En urgencias se le hizo un ecocardiograma que muestra derrame pericárdico importante en todas las ventanas, filiendo el origen del cuaro en probable pericarditis con derrame paricardico severo. Cuando acude el cardiólogo el paciente se encuentra estable y asintomático, mantiene TA 96/50, con 103 lpm en RS, SO2 97%, sin taquipnea. Se decide ingreso, monitorización, sueroterapia, antiinflamatorios, repetir ecocardiograma y si persiste estabilidad clínica valorar pericardiocentesis diagnostica/terapéutica.

Conclusiones:

El protocolo FATE centra su evaluación en: 1. Buscar patología obvia. 2. Valorar el espesor de la pared + dimensión de las cámaras. 3. Valorar la función biventricular. 4. Imagen bilateral de la pleura.

P-43

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DEL DOLOR ABDOMINAL POR ECOGRAFÍA CLÍNICA MÚSCULO-ESQUELÉTICA PRACTICADA POR MÉDICOS DE URGENCIAS

**E Oncala Sibajas, JI Gálvez San Román, J Gallardo Bautista,
C Jiménez Hidalgo, C Bueno Mariscal, C Navarro Bustos**

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Palabras Clave: ultrasonography, abdominal pain, emergencies

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Objetivo: Resaltar la rentabilidad de la ecografía clínica músculo-esquelética practicada por médicos de Urgencias (MU) en el diagnóstico diferencial de patología muscular traumática. Material: Se trata de un caso con diagnóstico de rotura de músculos rectos anteriores abdominales con hematoma de los mismos mediante el empleo de una ecografía realizada en consultas de Urgencias de prioridad 4 a la espera de realización de la prueba por parte de los radiólogos. Se dispone de un ecógrafo General Electric Logic-e R6.0.4 usando la sonda lineal 12L-RS 5-13 Mhz. Resultados: Hombre de 24 años. Sin alergias ni antecedentes patológicos ni familiares conocidos. Practica musculación de mantenimiento en gimnasio. Acude derivado por su médico de atención primaria por intenso dolor en región hipogástrica desde hace varios días que le limita la movilidad del tronco. No refiere fiebre, ni alteraciones del tránsito intestinal. A la exploración, el paciente presenta buen estado general, bien hidratado. Destaca a la palpación abdominal dolor muy intenso a nivel infraumbilical e hipogastrio con peristaltismo conservado. Se muestra incapaz de flexionar el tronco en decúbito supino. Las pruebas analíticas resultaron normales. Ante el antecedente de ejercicios abdominales recientes, se le practica por MU una ecografía clínica músculo-esquelética de pared abdominal, objetivando rotura de músculos rectos anteriores próximos a la inserción en pubis con presencia de colecciones anecoicas en ambos vientres musculares (Ver imágenes). Se solicita Ecografía radiológica que se realiza tras 5 horas de espera emitiendo informe de rotura muscular grado II de rectos abdominales por mecanismo intrínseco. El paciente es dado de alta con revisiones por cirugía general con actitud conservadora.

Conclusiones:

La realización de ecografías clínicas a pie de cama por parte de MU adecuadamente formados es muy útil para la toma de decisiones en multitud de patologías habituales en las consultas de nuestras Urgencias. El uso de ecógrafos portátiles nos ayuda a tomar decisiones en poco tiempo y con ello a descongestionar las ya saturadas salas de espera, descartando patologías que precisen atención urgente y evitando esperas innecesarias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-44

DIAGNÓSTICO DE TUMORACIÓN PULSÁTIL DE EXTREMIDAD SUPERIOR MEDIANTE ECOGRAFÍA CLÍNICA POR URGENCIÓLOGOS

E Oncala Sibajas, JI Gálvez San Román, C Jiménez Hidalgo, J Gallardo Bautista, C Bueno Mariscal, C Navarro Bustos

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Palabras Clave: ultrasonography, aneurysm, false emergencies

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Objetivo: Mostrar la utilidad de la ecografía clínica practicada por médicos de Urgencias (MU) en el diagnóstico diferencial de tumores superficiales pulsátiles de miembros de posible origen vascular. Material: Presentamos un caso con diagnóstico de pseudoaneurisma con origen en arteria radial yatrogénico y hematoma profundo de miembro inferior derecho (MID) mediante el empleo de una ecografía realizada en consultas de Urgencias de prioridad 3 a la espera de realización de prueba por parte de radiólogos. Disponemos de un ecógrafo General Electric Logic-e R6.0.4, con sonda lineal 12L-RS 5-13 Mhz. Resultados: Hombre de 80 años. Antecedentes de dislipemia, angioedema de mano derecha, hemicolectomía izquierda por diverticulitis e ingreso el mes previo por hematoma traumático de miembro inferior derecho (MID) a nivel de vasto interno y linfangitis por venopunción de miembro superior ipsilateral. Acude por intenso dolor en muslo y en miembro superior derecho (MSD) que no ceden con metamizol oral. A la exploración destaca afectación importante por el dolor, MSD eritematoso, caliente, con tumoración pulsátil muy dolorosa a nivel de la flexura del codo derecho con edema en zona declive, acompañado de parestesia de dedos, así como tumoración dolorosa y dura, no pulsátil, en cara interna de muslo derecho. Se le realizan ecografías de MSD y MID en consultas en las que se visualiza colección hipoecogénica con autocontraste turbulento en su interior e imagen compatible con pseudoaneurisma dependiente de arteria radial con doppler-color, y colección heterogénea compatible con hematoma en MID (ver imágenes). Se ingresa en Observación para ecografía radiológica que confirma el diagnóstico, por lo que tras valoración por cirujanos vasculares y hemodinamistas se decide tratamiento endovascular mediante 2 endoprótesis en MSD y sellado de rama femoral profunda rota.

Conclusiones:

La realización de ecografías clínicas a pie de cama por parte de MU adecuadamente formados en pacientes con tumoraciones superficiales pulsátiles resultan muy útiles al clínico urgenciólogo para descartar patologías vasculares que precisan tratamiento de manera urgente. La disponibilidad en los servicios de ecógrafos portátiles posibilita su realización en casi cualquier entorno, con disminución de los tiempos y la rentabilidad diagnóstico-terapéutica que ello conlleva.

P-45

SEPSIS Y DOLOR ABDOMINAL. IDENTIFICACIÓN DEL FOCO INFECCIOSO MEDIANTE ECOGRAFÍA CLÍNICA EN CONSULTAS DE URGENCIAS

JL Gálvez San Román, E Oncala Sibajas, J Gallardo Bautista, C Bueno Mariscal, C Jiménez Hidalgo, C Navarro Bustos

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Palabras Clave: ultrasonography, sepsis, emergencies

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Objetivo: Demostrar que el uso de la ecografía clínica abdominal dirigida a pie de cama practicada por médicos de Urgencias (MU) es útil en el diagnóstico etiológico precoz en el caso de sepsis de origen abdominal. Material. Caso clínico de paciente con criterios de sepsis grave de origen abdominal que se diagnostica de colecistitis aguda por ecografía realizada por MU. Disponemos de un ecógrafo General Electric Logic-e R6.0.4 usando la sonda convex 4C-RS 2-5,5 Mhz. Resultados. Caso Hombre de 73 años. Antecedentes: Cirrosis hepática con hipertensión portal, litiasis biliar, hipertrofia de próstata y pseudodemencia depresiva. Es derivado desde consultas de atención primaria por síndrome confusional agudo, fiebre e ictericia. A la exploración estuporoso, taquipneico, febril, icterico, taquicárdico a 110 lpm, hipotenso (Tensión arterial 80/40), algunos roncus a la auscultación y dolor en hipocondrio derecho a la palpación abdominal. En las analíticas destaca, lactato de 10, PCR 86, Bilirrubina 4,07 mg/dl, leucopenia (3890/mm³), trombopenia (120000/mm³). Tras inicio de fluidoterapia de resucitación por activación código sepsis, extracción de hemocultivos, e inicio de antibioterapia empírica de amplio espectro, se practica por MU en consultas, previo al ingreso en observación, una ecografía clínica abdominal que evidencia vesícula biliar distendida con contenido importante de barro biliar con ecoestructura heterogénea, pared vesicular engrosada y pequeña colección adyacente a la misma por lo que se diagnostica de colecistitis aguda (ver imágenes). Se solicita Ecografía radiológica que se realiza en observación confirmando el diagnóstico objetivando además dilatación de colédoco. Se indica colangiopancreatografía retrógrada endoscópica que se realiza en la mañana siguiente con posterior evolución en planta hasta el alta domiciliaria.

Conclusiones:

La generalización del uso de la ecografía point of care en el ámbito de las Urgencias realizadas por los propios MU está suponiendo un avance muy importante en diagnósticos precoces de patologías graves como la sepsis. Esto permite un tratamiento etiológico precoz que, junto al tratamiento resucitador, hace suponer un aumento de la supervivencia en síndromes sépticos de origen biliar, entre otros.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-46

OPACIDAD PULMONAR. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL MEDIANTE ECOGRAFÍA CLÍNICA PULMONAR POR MÉDICOS DE URGENCIAS

JL Gálvez San Román, E Oncala Sibajas, J Gallardo Bautista, M Vaquero de Sedas, JI Pérez Alonso, I Blasco Esquivias

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Palabras Clave: ultrasonography, pulmonary atelectasis, emergencies

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Objetivo: Evidenciar que el uso de la ecografía clínica pulmonar a pie de cama practicada por médicos de Urgencias (MU) es útil en el diagnóstico diferencial de la opacidad pulmonar en la radiografía de tórax. Material. Caso clínico de una paciente que es ingresada en observación por dolor torácico en hemitórax izquierdo y supuesto derrame pleural a la que se le realiza una ecografía pulmonar por MU. Disponemos de un ecógrafo General Electric Logic-e R6.0.4 usando la sonda convex 4C-RS 2-5,5 Mhz. Caso Mujer de 81 años dependiente para actividades básicas. Antecedentes: Hipertensión arterial, Insuficiencia respiratoria crónica, hernia hiatal gigante que condiciona neumopatía restrictiva, fibrilación auricular crónica anticoagulada, neumonía aspirativa bilateral, esófago de Barret, HTA. Acude por dolor en hemitórax izquierdo irradiado a espalda en cinturón con sudoración y malestar acompañantes. A la exploración regular estado general, colaboración parcial, taquipneica, corazón arritmico a 90 lpm, abolición de murmullo en hemitórax izquierdo, abdomen blando y depresible no doloroso. Saturación O2 del 98% con FiO2 100%. Normotensa. En las pruebas destaca opacidad pulmonar izquierda en radiografía (RX) de tórax no presente en RX previas, hiponatremia de 128 mEq/L e INR de 1,4, resto de valores normales. Se indica ingreso en observación por derrame pleural masivo para drenaje de líquido pleural. Se practica por MU, en observación, una ecografía clínica pulmonar que evidencia ausencia de derrame pleural e imagen compatible con consolidación-atelectasia de lóbulo inferior izquierdo con alguna imagen de broncograma aéreo y líneas B en campos superiores compatibles con patrón intersticial, por lo que se desestima la toracocentesis (ver imágenes). Se emite juicio clínico de atelectasia compresiva secundaria probablemente a hernia hiatal gigante.

Conclusiones:

El uso de la ecografía pulmonar tiene una alta sensibilidad y especificidad para la detección de derrame pleural sin la necesidad de someter a los pacientes a radiaciones ionizantes mediante TAC. La realización de una ecografía a pie de cama nos es útil para confirmar o descartar la presencia de derrame pleural, así como evitar complicaciones a la hora de realizar una prueba invasiva como es una toracocentesis.

P-47

LA ECOGRAFÍA CLÍNICA A PIE DE CAMA EN URGENCIAS SALVA VIDAS

JR Penedo Alonso (1), A Marinero (2), F Roldán Moll (1)

(1) Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid (2) Hospiten Sur Tenerife

Palabras Clave: ecografía clínica, aneurisma aórtico, dolor lumbar

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Paciente varón de 72 años quien acudió a urgencias por dolor de un día de evolución en fosa renal izquierda acompañado de náuseas y un vómito aliNo cortejo vegetativo. mentario, no fiebre, no síndrome miccional. Antecedentes HTA, no DM Exfumador IAMSEST con STENT en DA Enfermedad arterial periférica Hiperplasia prostática benigna Exploración Física Estable hemodinámicamente Abdomen blando depresible, doloroso leve en Flanco izquierdo l y sin irritación peritoneal, Puño percusión renal izquierda positiva. En analítica destaca Hematuria moderada, Hemoglobina de 11,1 sin otros hallazgos relevantes Radiografía de abdomen sin hallazgos relevantes Se administra tratamiento sintomático y el paciente evoluciona favorablemente, persistiendo leve dolor. Se realiza (EC) ecografía clínica a pie de cama en la que se aprecia un riñón izquierdo de configuración normal, sin hidronefrosis y un aneurisma aórtico infrarenal de 4,8 cm. de diámetro. Posteriormente se solicita TAC abdominal que describe: Aneurisma sacular de aorta infrarenal de localización lateral izquierda, que mide 45X23 mm. Aunque en la actualidad no presenta signos de extravasación de sangre, la grasa retroperitoneal adyacente aparece desflecada en su región inferior y presenta una morfología muy irregular que sugiere microrotura. Se avisa a Cirugía vascular, pasando a quirófano, en el que se confirman los hallazgos y se procede a tratamiento definitivo. El paciente evoluciona satisfactoriamente y es dado de alta en buenas condiciones y sin complicaciones.

Conclusiones:

Hasta un 30 % de los aneurismas aórticos abdominales son diagnosticados erróneamente como cólicos renales, diverticulitis, perforación o isquemia intestinal. Una ecografía en la que se evidencie ausencia de dilatación aórtica, este diagnóstico puede ser descartado. Hay que destacar que al disponer de personal con formación en ecografía de urgencias estos hallazgos muchas veces fortuitos podrían incidir en una disminución de la morbimortalidad al lograr el diagnóstico precozmente. En ausencia de antecedentes previos y en de hidronefrosis en ancianos siempre es recomendable valorar la aorta abdominal ya que la ecografía clínica a pie de cama en urgencias es un estudio rápido, preciso, no invasivo, sin contraindicaciones, sin efectos adversos, que aporta una información muy valiosa de forma rápida y con una curva de aprendizaje corta.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-48

DETECCIÓN DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD DE CURSO INCIPIENTE A TRAVÉS DE ECOGRAFÍA PULMONAR: UNA ESTRATEGIA VÁLIDA E INOCUA

SP Ramírez Plaza, C Martínez Buendía, MJ Luque Hernández,
A Jiménez Ríos

Hospital Quiron. Málaga

Palabras Clave: pneumonia, lung ultrasound, radiographic assessment

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

La ecografía pulmonar, de naturaleza bondadosa, ha demostrado validez sobresaliente en el diagnóstico de NAC con un entrenamiento adecuado. Los falsos positivos que podemos detectar más frecuentes en el patrón intersticial o alveolo-intersticial, corresponden a un grupo de pacientes limitado con comorbilidades: EPOC, insuficiencia cardíaca crónica. En este grupo de pacientes concreto la recomendación hasta mayor evidencia, será realizar la técnica ecográfica y radiográfica para complementarse la una con la otra. No por estos pacientes específicos hemos de descartar esta técnica, como estrategia poblacional inocua y efectiva en el diagnóstico de la mayoría de las NAC y, en especial, en el patrón alveolar y de consolidación. Paciente de 31 años sin comorbilidad. Motivo de consulta: tos, fiebre y mucosidad de un día de evolución. Fiebre de 39°, menos apetito y afectación del estado general. EF: 38.8°C, aceptable estado general, eupneica, hemodinámicamente estable, tolera decúbito. Puntos sinusales no dolorosos. Garganta anodina y auscultación con tonos rítmicos sin ruidos sobreañadidos. MMII sin edemas ni signos TVP. Este año han sido frecuentes en nuestro servicio los casos de gripes en jóvenes con neumonías bilaterales diagnosticadas en una segunda visita y, que cursaron con radiografía normal en la primera consulta de urgencias. Sobre justificación por la que decidimos completar exploración con ecografía pulmonar: Líneas B a nivel de línea paraesternal derecha e izqda, línea axilar anterior derecha y ambas bases pulmonares. La pleura está engrosada en casi todas las áreas exploradas y, en algunas de ellas, quebradas con disminución del sliding pleural. Se solicitó a continuación radiografía de tórax que fue compatible con la normalidad y, analítica básica: PCR 111, 4,8 mil leucos y 79% PMN. Hemocultivo y antigenuria. La paciente fue diagnosticada de NAC a través de un diagnóstico ecográfico.

Conclusiones:

La última actualización de la GUIA SEPAR de la sociedad española de neumología, no nombra la técnica ecográfica en el manejo diagnóstico-terapéutico de la neumonía, salvo para ver una de sus complicaciones, el derrame pleural. Esperemos que casos clínicos como este, mitiguen la confrontación entre evidencia científica y guías de práctica clínica. Deseamos, que la próxima guía SEPAR contemple esta técnica inocua en el diagnóstico inicial de neumonía adquirida en la comunidad. Ignorar esta técnica en las fases más tempranas de NAC y en su monitorización dinámica en el tiempo, alejan francamente evidencia de praxis.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-50

VALORACIÓN ECOGRÁFICA DEL GLOBO VESICAL EN URGENCIAS

M Patricio Bordomás, M Algaba Montes, AA Oviedo García

Urgencias. Hospital de Valme. Sevilla

Palabras Clave: emergency medicine, emergency medical services, ultrasonography

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: Las competencias de los profesionales de Urgencias (PU) en Ecografía, tanto médicos como enfermeros, se debaten desde hace décadas. La evidencia científica avala el uso de la Ecografía por el PU, por su rapidez, agilidad y seguridad para el paciente, pero en España estamos aún lejos de que todos los servicios de urgencias (SU) dispongan de ecógrafo y de que todos sus profesionales estén formados y capacitados para su correcta utilización. **OBJETIVO:** Conocer la utilidad de la ecografía en urgencias para el diagnóstico de globo vesical ante una exploración abdominal dudosa. **MATERIAL Y MÉTODO:** Presentamos la valoración ecográfica del diagnóstico de globo vesical, realizada por PU. Disponemos de un ecógrafo Sonosite-M-Turbo, con sonda convex C60e/5- 2MHz. **RESULTADOS:** Varón de 73 años, hipertenso, diabético, obeso mórbido, que acude a urgencias por dolor abdominal. A la exploración, abdomen muy globuloso, dolor difuso en hemiabdomen inferior, sin peritonismo, con dificultad para valorar la presencia o no de globo vesical. Al disponer de un ecógrafo y de la formación necesaria para su uso, el enfermero responsable del paciente le realiza una ecografía clínica, permitiendo evidenciar un globo vesical. El paciente fue sondado, resolviéndose el episodio de retención aguda de orina (RAO). Posteriormente se confirmaría una HBP como causa de la RAO.

Conclusiones:

Incorporar la ecografía en los SU, disminuye los tiempos de atención, nos hace más efectivos, eficientes y dinámicos en el manejo de urgencias tiempo-dependiente, aportando seguridad clínica. El retraso en diagnóstico y tratamiento de estas patologías influyen negativamente en el bienestar y pronóstico del paciente. Por tanto, es fundamental establecer y protocolizar programas de formación, dirigidos a los PU (médicos y enfermeros) con distintos niveles de capacitación, que siguiendo criterios de calidad, garanticen la seguridad y eficacia de la ecografía en nuestras manos.

P-51

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA DE URGENCIAS EN EL MANEJO DEL DOLOR ABDOMINAL

M Sánchez Pérez, Y Aranda García, M Najarro de La Parra, L Díaz Vidal, MJ Estévez Rueda, C de La Casa Resino, AF Braña Cardeñosa

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Palabras Clave: ecografía, dolor, abdominal

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 78 años que acude por tercer día consecutivo por dolor en región costal anterior derecha, que no mejora con analgesia pautada e interfiere el descanso nocturno. Refiere llevar con molestias unos 15 días, pero la intensidad del dolor se ha incrementado lo que la lleva a consultar. Niega traumatismo directo, ni sobreesfuerzo. El dolor se incrementa con el movimiento, con la inspiración profunda y con la tos. No ha presentado tos, ni expectoración, ni fiebre termometrada en domicilio. No asocia otra sintomatología en ese momento. Antecedentes Personales: HTA no DM, no DL. No alergias medicamentosas. Degeneración macular. Aneurisma Aorta intratorácico intervenido Aneurisma intracranial. Endocarditis por *S. lugdunensis*. Hipotiroidismo. Quistes hepáticos simples. Intervenciones quirúrgicas: amigdalectomía, sustitución valvular mitral. Tratamientos Previos: Eutirox 50 mg, Atenolol 50 mg, Irbesartan/HCTZ 300/12,5 mg, Sintrom, Alipza 2 mg, Omeprazol 20 mg, Keppra 500mg. Exploración Física: TA 156/66 FC: 80 lpm FR: 12 rpm SatO2 basal: 96%, T°: 36.4°C. BEG. Normocoloreado, bien hidratado. Nomorperfundido. AC: Rítmico, click de apertura de válvula mitral AP: murmullo conservado, no ruidos sobreañadidos. ABD: RHA+, blando y depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho con defensa voluntaria, no signos de irritación peritoneal, no palpo masas ni megalias. PPRB negativa. EELL: no edemas, no signos de TVP. Exploración costal: dolor a la palpación en región anterior costal derecha. No palpo escalones ni enfisema subcutáneo. Se solicita analítica, en donde se objetiva, bioquímica normal, hemograma con leucocitosis (12.900), sin anemia, y coagulación con INR 4.04 y fibrinógeno 740. Se realiza ecografía de orientación diagnóstica a pie de cama, en donde se objetiva una imagen redondeada de bordes irregulares ecográficamente heterogénea con focos hipoeoicos y hiperecogénicos, que contacta con la cápsula hepática y cúpula diafragmática, sugestiva de quiste hepático complicado. Se solicita angioTAC de abdomen a Radiología, y se confirma la existencia de esa lesión, junto con otras 3 lesiones, una de ellas informada como quiste hídrido con vesículas. La paciente ingresa en Servicio de Infecciosas para antibioterapia IV y colocación de drenaje percutáneo.

Conclusiones:

La ecografía de urgencias es una técnica no invasiva, útil, reproducible, complementa la exploración física realizada por el médico de urgencias y permite llegar a un diagnóstico con mayor fiabilidad.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-52

SÍNDROME DE PAGET-SCHROETTER, DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO EN URGENCIAS

S Aznar Cantín, M López López, A Martín-Sonseca Rodríguez,
H Roiz Andino, V Heras Fernández, G Esteban Gutiérrez,
C Briega Iglesias

Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid

Palabras Clave: Paget, Schroetter syndrome, upper extremity deep vein thrombosis, ultrasonography

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Presentamos el caso de un varón, diestro, de 33 años que acude a Urgencias porque se ha notado al levantarse el brazo derecho inflamado y rojo. Sin antecedentes médicos de interés ni alergias. Niega consumo de tóxicos. Tratamiento: suplementos nutricionales. Profesión: monitor de gimnasio. Exploración y Pruebas Complementarias: Presenta buen estado general. A la exploración, se objetiva eritema y tumefacción de miembro superior derecho (MSD) sin afectación de la movilidad ni de la sensibilidad. No frialdad ni ausencia de pulsos distales. En la raíz del MSD se objetiva ligera congestión venosa y lesiones equimóticas rectilíneas sobre región deltoidea. Resto de exploración sin datos de interés. No adenopatías. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen anodino. Miembros inferiores sin signos de trombosis. No focalidad neurológica. Se realiza analítica general sin alteraciones salvo elevación de DímeroD (1.95) por lo que ante la sospecha de trombosis venosa, se realizó Eco-Doppler venoso de MSD hallando material ecogénico y aumento del diámetro de la subclavia derecha compatible con trombosis (imagen). Evolución y resolución: Se solicitó flebografía (imagen) de MSD a Radiología Intervencionista que identificó oclusión de unos 5 cm en subclavia, realizó trombolisis, aspiración y angioplastia con balón sin complicaciones. Se ingresó en Medicina Interna para anticoagulación y estudio. El TAC cérvico-torácico mostró circulación colateral y compromiso de la subclavia. Como único hallazgo reseñable, marcada hipertrofia de los músculos pectorales con predominio derecho (imagen). Resto de estudios sin hallazgos. Con todas las pruebas complementarias se llegó al diagnóstico de TVP de MSD Primaria o Síndrome de Paget-Schroetter (Trombosis de Esfuerzo).

Conclusiones:

La TVP de miembro superior es una entidad poco frecuente, a su vez se divide en primarias y secundarias. La TVP Primaria o Síndrome de Paget-Schroetter (Trombosis de Esfuerzo), típica de varones jóvenes, afecta al miembro dominante y suele tratarse de personas que realizan esfuerzos físicos. El desencadenante es la compresión de la subclavia por estructuras músculo-tendinosas adyacentes y el diagnóstico en Urgencias se realiza por ECO-Doppler. El tratamiento, si existe disponibilidad, es la flebografía y recanalización mediante fibrinólisis o stent. El diagnóstico definitivo conlleva el uso de anticoagulantes por un tiempo prolongado y en ocasiones la exéresis quirúrgica de la causa anatómica.

P-53

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA PULMONAR EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO. APLICACIÓN DEL PROTOCOLO E-FAST BEDSIDE

D Núñez Hospital, A Martínez Márquez, E Jaloud Saavedra,
V López García de Longoria, F Ruiz Romero, M Algaba Montes,
A Oviedo García

Urgencias. Hospital Universitario de Valme. Sevilla

Palabras Clave: ecografía, eficacia pulmonar

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Presentamos el caso de un paciente varón de 25 años, que es trasladado a urgencias tras caída fortuita desde una altura de 3 metros, con traumatismo craneoencefálico, costal severo y fractura cerrada de tercio distal de miembro inferior derecho. Llega con un Glasgow 9/15, tensión arterial 87/65, 147 latidos por minuto y saturación de oxígeno en torno al 60%. Tras iniciar maniobras de soporte vital, se utiliza un ecógrafo portátil a pie de cama (bedside), objetivando a nivel del ápex pulmonar izquierdo la falta de deslizamiento de la pleura parietal con la visceral, y el punto-pulmón ecográfico resultó positivo, lo que se tradujo ecográficamente como un neumotórax. Se canalizó en ese mismo punto un tubo de drenaje endopleural, con extracción de líquido hemático y aire, y se procedió a la intubación orotraqueal de forma seguida, con mejora de parámetros vitales (TA 110/56, frecuencia cardíaca en torno a 100, y saturación del 94%) y estabilización hemodinámica por tanto.

Conclusiones:

La ecografía en urgencias se ha mostrado en la actualidad como un método imprescindible en el manejo, diagnóstico precoz y tratamiento de nuestros pacientes. Se ha convertido en una herramienta fundamental en los servicios de urgencias. Constituye una herramienta útil, inocua, versátil, que con la debida experiencia y formación, ayuda a un diagnóstico más precoz y un manejo más integral de los pacientes. La ecografía abdominal 'bedside', supone por tanto un avance extraordinario para el diagnóstico y evaluación de los médicos en urgencias, siendo trascendental la formación y capacitación de esta técnica para una atención de calidad, integral y dinámica en estos servicios. Su utilización y difusión deben ser primordiales, ya que supone una medida coste-efectiva y de calidad de primera línea, tal y como muestra el caso que nos concierne. Además, la ecografía pulmonar se engloba dentro del protocolo FAST (focussed assesment sonography for trauma).



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-54

ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA CON HALLAZGOS ECOGRÁFICOS EVIDENTES. USO DE LA ECOGRAFÍA EN URGENCIAS MÁS ALLÁ DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

A Gil Rodrigo, S Guzmán Martínez, B Brouzet

Hospital General Universitario de Alicante

Palabras Clave: aneurysm , thrombosis, acute arterial occlusion

Ámbito del caso:

Historia clínica:

Varón de 59 años que acude a las 00.30h por dolor e impotencia funcional de miembro inferior izquierdo, de comienzo súbito desde las 22h de hoy. Refiere cuadros similares anteriores, de menor intensidad, que han cedido con Ibuprofeno. De profesión camiónero, pasa largos períodos conduciendo. Antecedentes de interés: Exfumador desde hace 10 años. HTA y DM tipo 2 en tratamiento con Vildagliptina 50 mg/día y Amlodipino 5 mg/día. Exploración física: TA 175/83 a 73 lpm, T° 36,5 °C Sat 98% Palidez y frialdad en miembro inferior izdo por debajo de rombo poplíteo. Se palpa tumoración no pulsátil a dicho nivel. Limitación motora a la extensión por dolor. Sensibilidad ligeramente disminuida a nivel distal. Pulso pedio derecho presente, no se aprecia en miembro izdo. Auscultación cardiopulmonar rítmica sin soplos audibles ni otros ruidos de interés. Analítica sin hallazgos de interés. Sin alteraciones en radiografía de tórax ni electrocardiograma. Se precisa de mórficos para el control algido del dolor. Se evidencia con ecoscopia, masa a nivel poplíteo izquierdo no compatible con contenido quístico, que limita el flujo arterial a nivel distal. Buena compresibilidad y flujo del sistema venoso en ambas extremidades aparentemente permeable. Tras establecer un nivel IIb según escala de Rutherford, se decide anticoagulación con Heparina Sódica y revascularización quirúrgica. Se solicita doppler arterial confirmándose colección heterogénea compatible con Aneurisma trombosado en arteria poplíteo izquierda. Se realiza, tras estudio arteriográfico, By-Pass femoropoplíteo con Vena Safena Invertida, con favorable recuperación de la movilidad y tratamiento antiagregante e hipolipemiantes al alta.

Conclusiones:

La trombosis arterial aguda responde a una afección grave de la pared arterial secundaria a un proceso estenosante asociado hipercoagulabilidad, hipotensión arterial y/o ateromatosis. A pesar del fundamental tratamiento inmediato, debemos ahondar en el mecanismo productor del cuadro. En los servicio de urgencias que disponen de eco doppler, el uso de éste se ha visto eficaz ante la sospecha de Trombosis Venosa Profunda. Siempre que no demore medidas terapéuticas posteriores, podemos llegar a evidenciar patología arterial de forma rápida. Hemos de tener en cuenta, que no sustituye al estudio reglado y complementario por Radiología, imprescindible para el abordaje posterior.

P-55

SÍNDROME DE WILKIE EN LA URGENCIA

G Llopis García, D Chaparro Pardo, JM González del Castillo, EJ García Lamberechts, J Abelaira Freire, A Dávila Martiarena

Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid

Palabras Clave: emergency ultrasound, wilkie syndrome, phocused echography in emergency service

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 21 años con antecedentes de síndrome de Wilkie que acude por cuadro de nauseas y vómitos incoercibles de 1 días de evolución sin asociarse a otro síntoma o signo. La exploración muestra un abdomen anodino. Tras la realización de las pruebas básicas a nivel analítico y la solicitud de radiografías de abdomen, no se observa datos de gravedad en la paciente aunque el dolor es persistente. Se decide mantener 24 horas en observación mejorando el cuadro de forma espontánea. Se realiza ecografía a pie de cama al día siguiente apreciándose la imagen del duodeno pasando entre aorta y arteria mesentérica, y observándose el movimiento de este asa sin generar cuadro de dolor en la paciente.

Conclusiones:

El síndrome de Wilkie se produce cuando el duodeno pasa entre la arteria mesentérica superior y la aorta pudiendo dar una sintomatología abdominal consistente en dolor o cuadros suboclusivos. El diagnóstico suele ser complicado porque no siempre es visible en las pruebas de imagen al no ser una patología que se busque de forma habitual o simplemente no se aprecie el asa en cuestión siendo necesario, en más de una ocasión, repetir las pruebas de imagen. Es una patología rara en la población que requiere un proceso diagnóstico complicado. Ahora bien, en el caso de aparición de dolor abdominal de repetición en un paciente joven sin criterios de gravedad, el uso de la ecografía a pie de cama puede ayudar en el diagnóstico diferencial si se es capaz de visualizar el duodeno al realizar la prueba.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-56

DISNEA EN URGENCIAS: UN SÍNTOMA QUE SIEMPRE SORPRENDE

M Martínez Agüero, D Chaparo Pardo, S Hernández López, ML Bretón Arranz, R Cuervo Pinto, AT Salto Ariza

Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid

Palabras Clave: dyspnea, emergency ultrasound, pericardial effusion

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 50 años que presenta como único antecedente hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo y acude por cuadro de disnea de reposo de 4-5 semanas de evolución asociada a fiebre de hasta 38° sin otro síntoma. Refiere varias visitas previas al Servicio de Urgencias sin respuesta al tratamiento antibiótico pautado en varias ocasiones. Como dato asociado, presenta síndrome constitucional con una pérdida de unos 8 kg de peso en los últimos 2 meses. La exploración física es totalmente anodina. En las pruebas complementarias se aprecia leucocitosis con neutrofilia y elevación de la PCR. Se realiza radiografía de tórax que muestra infiltrado más que dudoso en la base izquierda. Se realiza ecografía a pie de cama sin apreciarse signos de neumonía pero sí se aprecia derrame pericárdico moderado que no se conocía previamente y modificándose la actitud a tomar, pues la paciente se ingresó en la planta de hospitalización con el diagnóstico de disnea secundaria a derrame pericárdico moderado y no por un proceso respiratorio.

Conclusiones:

La disnea es uno de los síntomas más habituales en urgencias, asociando además, un amplio número y muy diverso de posibles diagnósticos. Uno de ellos es el derrame pericárdico, una situación clínica de difícil diagnóstico tanto con la exploración como con las pruebas complementarias clásicas como la radiografía de tórax, la analítica o el electrocardiograma. Sin embargo, es un diagnóstico asequible a un explorador que realice una ecografía a pie de cama sin una curva de aprendizaje excesivamente alta. De hecho, el número de pacientes con disnea asociada a derrame pericárdico suele ser mucho menor en la urgencia que en las plantas de hospitalización, en gran medida secundario a lo difícil del diagnóstico y al mayor número de pruebas complementarias disponibles en la planta. Por eso, la realización de la ecografía a pie de cama en todo paciente que acude a un Servicio de Urgencias debería ser parte de la exploración inicial para ayudar en el diagnóstico diferencial desde el inicio del proceso y así orientar de forma precoz y acertada al paciente.

P-57

ECOGRAFÍA PULMONAR EN URGENCIAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

L Calderón Frapolli, C Expósito Molinero

Hospital Regional de Málaga

Palabras Clave: dyspnea, ultrasound, pneumonia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente que acude a servicio de urgencias acompañada de familiar por cuadro de disnea progresiva que precisó atención médica en domicilio ayer donde se reforzó tratamiento con furosemida. Acude hoy por empeoramiento de la clínica, presentando taquipnea en reposo y trabajo respiratorio. No fiebre ni clínica respiratoria, salvo mucosidad abundante. No ortopnea ni DPN. Antecedentes personales: Mujer 84 años, vive con hija. DABVD. NAMC ni hábitos tóxicos. HTA. Dislipemia. IRC por nefroangiosclerosis. Insuficiencia cardíaca con enfermedad polivalvular reumática severa. Anemia de trastornos crónicos. Intervenido de apendicectomía. Tratamiento habitual: Valsartan/Amlodipino. NTG parche. Furosemida. Atorvastatina. Aranesp. Omeprazol. Ingresos previos por Insuficiencia cardíaca en Geriatria. Exploración física: T° 37.1°C TA 140/90. Fc 98lpm. SaO2 basal 89%, con GN 3l/min 91%. Taquipneica a 32rpm con trabajo respiratorio. CYC: No ingurgitación yugular. Pulsos carotídeos presentes y simétricos. ACR: Rítmico y regular, soplo pansistólico. Hipoventilación generalizada con roncus generalizados y crepitantes base derecha. ABD: Blando y depresible. No doloroso a la palpación. EEl: edemas con fovea maleolares. No signos TVP. Se decide ventilar a la paciente con CPAP-Boussignac presentando mejoría clínica y auscultatoria. Iniciamos perfusión furosemida y aerosolterapia. Analítica: Hb 11.9, Pla 228.000, Leucos 11.300 (Neu:82.5%) TP 91%, INR 1.1, Glu 123, Creatinina 3, Na 137, K 4.89, Ca 9.1, Troponina I 0.03, PCR 70, pH 7.376, pCO2 39.5, HCO3 22.6 Radiografía tórax AP y lat: ICT aumentado. No pinzamiento senos costofrénicos. No derrame. Infiltrado difuso intersticial en base derecha. Ecografía pulmonar: deslizamiento pleural presente. Ausencia líneas B. Hepatización en cuadrante lateroinferior derecho compatible con consolidación pulmonar. Juicio clínico: Insuficiencia respiratoria secundaria a infección respiratoria. Plan y evolución: Ingresó a cargo de M. Interna donde evolucionó favorablemente con antibioterapia intravenosa.

Conclusiones:

La ecografía en urgencias permite un abordaje diagnóstico en el paciente crítico en el contexto de la insuficiencia respiratoria aguda, y que a su vez gracias a su portabilidad, se convierte en una técnica alternativa en determinadas situaciones, dado que permite realizarse en la cabecera de los pacientes, es fácilmente reproducible y no administra radiaciones ionizantes.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-58

UN DONUT INDIGESTO

**S Maroto Martín, A Valencia Dutor, C Rodríguez Ramírez,
E Fernández Alcón, M Trinidad Lucía, A Conejero Deltell,
S Álvarez Cambrónero**

Hospital Universitario del Sureste. Madrid

Palabras Clave: intussusception, ultrasound, abdomen, acute

Historia clínica:

Mujer de 50 años con antecedentes de migrañas y cuadros de epigastralgia atribuidos a RGE. Acude por epigastralgia muy intensa y súbita, con náuseas y vómitos incoercibles. Episodios previos similares autolimitados, que mejoraron tras el vómito. Al explorar destaca expresión de dolor intenso y postración, con relajación de esfínter. Hipotensa, normocárdica, taquipneica, fría y diaforética. Abdomen con ruidos positivos, timpánico, blando y depresible, con defensa voluntaria. Dolor intenso a la palpación superficial y profunda, sobre todo en epigastrio e hipocondrio izquierdo, sin masas ni megalias. Se completa la exploración a pie de cama con ecografía. ECO-FAST negativa. A nivel epigástrico, en la zona de máximo dolor, destaca imagen tubular alargada de 5 cm y doble contorno en el corte longitudinal, y circular concéntrica en el corte transversal. Esta imagen, junto con la clínica, hacía sospechar una posible invaginación intestinal. Se canalizó una vía venosa periférica para analítica y medicación, y se trató con petidina, metoclopramida, diazepam y suero salino. En la analítica, presentaba leucocitosis leve, con alcalosis respiratoria y aumento de reactantes de fase aguda. Electrocardiograma normal. Entre las posibilidades diagnósticas destacan: rotura de aneurisma abdominal, hemoperitoneo, IAM, embarazo ectópico, perforación de víscera hueca, obstrucción intestinal, apendicitis aguda, colecistitis aguda, pancreatitis aguda, isquemia mesentérica, diverticulitis aguda y cólico renoureteral. Gracias a la anamnesis y exploración ampliada con ecografía precoz, se agilizó la toma de decisiones. Se completa estudio con TAC abdominal, que confirma la sospecha inicial: voluminosa invaginación intestinal ileo-ileal en FID. Cirugía General realizó laparotomía urgente, evidenciando invaginación ileo-ileal a 1 m de la válvula ileocecal, con 100cm de intestino en el interior de la invaginación, y tumoración intraluminal de 4cm a 200cm de la válvula ileocecal. Se resecaron 10cm de ileon incluyendo tumoración, y la anatomía patológica reveló un lipoma submucoso sin signos de malignidad. Tras 6 días con evolución favorable desde su ingreso, se da de alta.

Conclusiones:

La ecografía a pie de cama en pacientes con abdomen agudo puede optimizar los recursos utilizados, acortando tiempos de actuación y mejorando resultados. La invaginación intestinal en adultos es menos frecuente que en niños, y asociada a malignidad, aunque hay procesos benignos que pueden causarla.

P-59

NI UN DEDO HACE MANO, NI UNA GOLONDRINA VERANO

A Izquierdo Gomar, C Gil Sánchez, AM Comino García

Hospital La Línea. Cádiz

Palabras Clave: epigastralgia, invaginación intestinal, linfoma folicular

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 45 años, fumador de 10 cigarros/día y bebedor de dos latas de cerveza/día, intervenido de hernias discales en 2003, y antecedentes familiares de cáncer de colon en madre a los 48 años. En diciembre de 2014, inicia cuadro de dolor abdominal y epigastralgia en relación a comidas, sin otros síntomas salvo pérdida de peso de 4 kilogramos relacionado a reducción de ingesta, mejoraba con IBP, procinéticos y analgesia en sus múltiples asistencias a urgencias. Su médico de familia lo derivó a digestivo con diagnóstico gastroscópico de gastritis crónica probablemente secundaria a reflujo biliar. Tras dos meses acudiendo a urgencias, con exploración física sin signos destacables, salvo molestias difusas abdominales focalizadas en epigastrio y sin defensa, y analíticas y radiografías normales, se decide estudio ecográfico observando engrosamiento parietal gástrico y nódulos esplénicos, ingresando para descartar proceso linfoproliferativo. Tras realización de TAC abdomino-pélvico concluyen invaginación ileo-colónica con cabeza de invaginación en ángulo hepático y tránsito de contraste hasta colon distal, nódulos esplénicos y adenopatías en cadenas ganglionares abdominales. Finalmente se decide hemicolectomía derecha, por ausencia de resolución conservadora, posibilitando así la biopsia de la pieza quirúrgica que revela el diagnóstico definitivo o linfoma folicular de alto grado de ciego, válvula ileo-cecal que infiltra a todas las capas, y metástasis de 2 de 21 ganglios linfáticos. El paciente actualmente mantiene seguimiento por hematología, con respuesta metabólica completa postquimioterápica tras 6 ciclos R-CHOP.

Conclusiones:

Como muestra este paciente, una simple epigastralgia se convierte en una patología quirúrgica y de ella a una patología oncológica, todo enlazado pero manteniendo una clínica tan banal como un dolor gástrico. La invaginación intestinal es una patología infrecuente en el adulto, con un 5% de casos, y en su mayoría consecuencia de una patología oncológica. Esta invaginación se presenta como en los casos ideopáticos, ya que el agente causal no se anuncia con los síntomas B típicos del linfoma ni crecimientos ganglionares palpables, apareciendo así una enfermedad diseminada al diagnóstico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-60

PONTE EL CINTURÓN Y SIÉNTATE BIEN

A López Sánchez (1), F Rico Rodríguez (1), J Pedraza García (1), L Mechbal Gracia (1), P Lara Cachinero (1), F Rosa Úbeda (1), M Ruiz Ojeda (2)

(1) Hospital Comarcal Valle de Los Pedroches, (2) Médico de Dispositivo Móvil de Cuidados Críticos y Urgencias ASNC. Pozoblanco, Córdoba

Palabras Clave: acute renal injury, spinal fracture, ultrasonography

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Anamnesis: Varón 18 años traído a urgencias con inmovilización cervical y en colchón de vacío tras sufrir accidente de tráfico, copiloto con cinturón de seguridad. Exploración física: ABCD normales (Vía Aérea, Ventilación/respiración, Circulación/hemorragias externas, Neurológico). TA 80/54 ACR, cabeza, cuello, tórax y extremidades sin hallazgos Exploración neurológica normal. No alteración motora/sensitiva. Abdomen: erosión en flanco derecho (cinturón de seguridad), dolor y defensa. Espalda: dolor a la palpación lumbar y renal derecha. Pruebas complementarias: Ecografía protocolo FAST en la sala de críticos: líquido en espacio de Morrison, receso hepatorenal y Douglas. ECG: RS 85 lpm Hemograma: L 18880, Hb 13, plaq. 307000 Bioquímica y coagulación normales. CPK 3885U/L Alcoholemia 188 mg/dl. Tóxicos negativos Orina (sondaje no traumático) hematuria Rx tórax: ICT normal. No infiltrados. No derrame pleural ni neumotórax. No fracturas costales. TAC Abdominopélvico: laceraciones múltiples corticales en riñón derecho, hemoperitoneo moderado en pelvis, espacio subhepático y meso. Fracturas L1 y L2 apófisis transversas y espinosas, platillo superior del cuerpo vertebral L2 y faceta articular derecha con mínimo desplazamiento a canal medular. Diagnóstico Diferencial: trauma espinal, shock neurogénico, hemoperitoneo, lesión de víscera hueca, disección aorta, laceración hepática,... Juicio Clínico: Traumatismo abdominal grave, renal derecho grado II. Contusiones múltiples y laceraciones de riñón derecho (cortical) con hemoperitoneo moderado. Fracturas vertebrales L1 y L2 por flexión-distracción tipo B1 AO y luxación unifacetaria L1-L2 izqda. con mínimo desplazamiento hacia canal vertebral Evolución: Favorable en UCI, valorado por Urólogo y Traumatólogo, tratamiento conservador sin nefrectomía urgente. Al alta ortesis (corsé) por dolor con mala evolución que precisó reducción-artrodesis vertebral 40 días después.

Conclusiones:

La adecuada inmovilización y valoración ordenada y minuciosa, es fundamental para evitar que pasen desapercibidas lesiones en el politraumatizado, en este caso lesiones renales, frecuentes en accidentes de tráfico, que debemos sospechar ante dolor lumbar o dorsal, fracturas de últimas costillas, vértebras dorsales y apófisis transversas de L1, con/sin hematuria o líquido libre. La actitud expectante suele ser suficiente en el 90% de los traumatismos renales cerrados. Destacar la importancia en la actualidad por la información rápida, accesible y no invasiva que nos proporciona la ecografía (FAST) realizada en urgencias. No olvidar la prevención, sentarse correctamente con el cinturón de seguridad bien colocado para evitar lesiones secundarias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-61

METÁSTASIS CUTÁNEAS DE UN CÁNCER DE MAMA

**C Peña Busto, G Nieto González, P Bustamante Marcos,
N Vicario Jiménez, I Álvarez Nozal**

Hospital Santos Reyes. Aranda de Duero, Burgos

Palabras Clave: metástasis, cáncer, mama

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 54 años con antecedentes personales de Bocio multinodular normofuncionante en tratamiento con Tirodril y Carcinoma Ductal Infiltrante de mama derecha estadio IIIC fenotipo triple negativo, diagnosticado en el 2011. Se le realizó mastectomía Madden y posterior tratamiento adyuvante con quimioterapia sin complicaciones. En Marzo del 2013 reconstrucción mamaria en cirugía plástica de Burgos y en Mayo se vió aumento del marcador CA 15.3 en analítica rutinaria, confirmándose progresión de la enfermedad a nivel óseo (calota, vértebras, arcos costales y escápula), tras 9 ciclos con Placitaxel-Bevacizumab-Zometa, persistían incrementos del CA 15.3 y CEA, evidenciándose en PET progresión en bazo, por lo que se inició una segunda línea de tratamiento con Vinorelbine y Gemcitabina y seguimiento en consultas de oncología. Acude a urgencias derivada desde atención primaria para valoración de unas lesiones que le habían aparecido hacía dos días. Se trataba de múltiples nódulos indurados, eritemato-violáceos, indolores, no pruriginosos, localizados en parte inferior de mama izquierda, de unos 5 mm de diámetro, y otros aislados en región cervical y dorso de la espalda. Resto de exploración física normal, afebril y constantes dentro de la normalidad. Analítica anodina. Se hizo interconsulta a dermatología confirmando la sospecha de metástasis en piel mediante estudio anatómico patológico.

Conclusiones:

Las metástasis de neoplasias internas son infrecuentes. Su incidencia se ha incrementado en los últimos años debido a nuevas terapias oncológicas que llevan al aumento de la supervivencia de los pacientes y a su mayor conocimiento y diagnóstico por parte de los profesionales. Suelen desarrollarse en el curso evolutivo de una neoplasia ya diagnosticada, pero en algunos casos pueden ser la forma de presentación de un tumor primario desconocido y se asocian a mal pronóstico. El examen físico dermatológico detallado del paciente con antecedentes de enfermedad neoplásica debe realizarse de rutina. El manejo adecuado de las metástasis cutáneas y de sus complicaciones, ayudará a disminuir el impacto psicológico que conllevan, mejorando la calidad de vida y el confort del paciente.

P-62

SÍNCOPE. ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA

J Linares Gancedo, LA García Martín

Urgencias. Hospital General Universitario de Ciudad Real

Palabras Clave: embolia pulmonar, tromboembolia venosa, síncope

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Ingresa en Urgencias varón de 60 años remitido por su médico por presíncope mientras desayuna. En la primera valoración destaca hipotensión arterial y taquicardia sinusal. Se traslada al Hospital en ambulancia de Soporte Vital Básico sin incidencias. El paciente es fumador sin otros factores de riesgo cardiovascular y hace dos meses fue intervenido de prótesis de rodilla en la pierna derecha. Actualmente recibe tratamiento con analgésicos por dolor. En el box de Urgencias esta consciente, tranquilo, asintomático. Respira sin aparente dificultad 20 respiraciones por minuto manteniendo saturación del 91% con oxígeno ambiental. TA 131/80 FC 118 lpm. T° 36°. En el cuello destaca una discreta ingurgitación de yugulares. La auscultación cardiopulmonar revela tonos cardíacos rítmicos sin soplos con refuerzo del segundo tono y murmullo vesicular conservado bilateral sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible. No doloroso. Reflujo hepatoyugular positivo. Las extremidades sin edemas bien perfundidas. En miembro inferior derecho cicatriz anterior en rodilla derecha y dolor al palpar la región poplíteica y cara anterointerna del muslo. ECG, taquicardia sinusal a 100 lpm, bloqueo incompleto de rama derecha, sin alteraciones en la repolarización. Se realiza ecografía a pie de cama con ecógrafo portátil VSCAN dual por sospecha de TVP en miembro inferior derecho y TEP secundario como causante del cuadro clínico actual. La ecografía de compresión del miembro inferior derecho muestra la vena femoral común distendida, ocupada por material ecogénico que impide su colapso mediante ligera compresión del transductor. A nivel poplíteico el sistema venoso profundo se muestra distendido y no es colapsable. Estos hallazgos permiten establecer una probabilidad clínica moderada alta de tromboembolismo pulmonar por lo que al disponer de sonda de ecocardiografía se amplía in situ la exploración que muestra un corazón hiperdinámico, ventrículo derecho dilatado, aplanamiento septal y distensión de la vena cava inferior con escaso colapso inspiratorio.

Conclusiones:

La ecografía multiórgano realizada a pie de cama refuerza significativamente la sospecha clínica, monitorizando estrechamente al paciente en la sala de observación de Urgencias, solicitando pruebas e iniciando medidas adecuadas y confirmando un tromboembolismo pulmonar de alto riesgo. El paciente ingreso en la UCI para el tratamiento definitivo.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-64

ECOGRAFÍA EN URGENCIAS EN RETENCIÓN AGUDA DE ORINA POR COÁGULO INTRAVESICAL. AYUDA AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO CON PUNCIÓN SUPRAPÚBICA

AM Piera Carbonell (1), JV Baldissera Aradas (1), MP Gómez Menéndez (2), MJ Rodríguez Ourens (1), B Vilaboy Arias (1), M García Rodríguez (1), O Rodríguez Maroto (1)

(1) Hospital de Cabueñes, (2) Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Palabras Clave: ultrasonography, hematuria, cystostomy

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Presentamos el caso de un varón de 56 años que acude a Urgencias por dolor en región suprapúbica, intenso, de unas horas de evolución, asociado a imposibilidad de micción espontánea, en relación con hematuria franca con coágulos iniciada hace 24-48 horas. El paciente se encuentra quejumbroso, inquieto, palpándose globo vesical hasta región umbilical. Ante la sospecha de retención urinaria en relación con la hematuria, se intenta sondaje urinario, no pudiendo realizarse de forma efectiva al no progresar la sonda. Se realiza ecografía en Urgencias que confirma globo vesical, apreciándose en la misma imagen de ecogenicidad aumentada, heterogénea, sin sombra posterior entre el contenido anecoico normal de la vejiga, en zona declive, sugestiva de coágulo intravesical de 6 cm de diámetro. Se realiza punción suprapúbica para aplicar catéter de cistostomía percutánea, previa anestesia local, guiada por ecografía, con emisión de abundante hematuria franca y coágulos, tras lo cual el paciente ingresó en planta de Urología para tratamiento quirúrgico complementario. Entre las indicaciones de la realización de cistostomía suprapúbica percutánea se encuentran la retención urinaria aguda en los casos en que haya resultado imposible el sondaje de la vejiga y la introducción de sondas filiformes, o ambos procedimientos estuvieran contraindicados, la necesidad de drenaje vesical en caso de infección uretro- prostática, y la ruptura uretral debida a traumatismo pélvico. Todas ellas motivos de consulta habituales de las Urgencias Urológicas a las que se tiene que enfrentar el Médico de Urgencias. En cuanto a las contraindicaciones se halla: Vejiga no palpable, especialmente en caso de anuria de origen renal, infección de vejiga, presencia de cicatrices medias infraumbilicales. Son contraindicaciones relativas: Coagulopatía, diátesis hemorrágica, disfunción de las plaquetas y/o trombocitopenia. Pacientes con historia de cáncer pélvico o radiación en dicha zona.

Conclusiones:

La ecografía es una técnica no invasiva e inocua que permite establecer la disposición y tamaño vesical previos a la realización de la punción suprapúbica, mejorando el rendimiento de la técnica y disminuyendo sus complicaciones. La ecografía en urgencias es una técnica rápida, barata, disponible a pie de cama/camilla del paciente, lo cual le confiere una gran aplicabilidad en nuestro ámbito.

P-65

LESIONES CUTÁNEAS EN UNA PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA EN URGENCIAS

D Chaparro Pardo, R Cuervo Pinto, ML Bretón Arranz, L Matilla Pardo, P Ruiz Artacho, MC Muñoz López de Rodas

Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid

Palabras Clave: emergency ultrasound, phocused ultrasound, cutaneous metastasis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 82 años con antecedente de neoplasia de mama ductal con extensión conocida a nivel pulmonar, óseo y tiroideo. Acude al Servicio de Urgencias por cuadro de tos con expectoración y fiebre de varios días de evolución, destacando a la exploración pulmonar roncus dispersos, pero en la exploración de la piel, se aprecian tumoraciones subcutáneas a nivel del cuello, hombro y costado derecho, duras, no rodaderas ni dolorosas a la palpación de reciente aparición en las últimas semanas. Se realiza ecografía a pie de cama con ecógrafo Aloka 26 Prosound para valoración de las tumoraciones subcutáneas apreciándose lesiones de contenido heteroecoico con vascularización arterial y venosa pudiendo ser compatibles con implantes metastásicos.

Conclusiones:

La ecografía a pie de cama en el Servicio de Urgencias es muy útil en la valoración de la patología urgente, pero también en el diagnóstico diferencial de otras múltiples patologías acelerando el diagnóstico definitivo de las mismas. En el caso de pacientes con neoplasias en progresión, la aparición de lesiones cutáneas deberían obligar al médico a pensar en la presencia de implantes metastásicos del cáncer de base. Ahora bien, en el Servicio de Urgencias se debe optimizar el tiempo de estancia del paciente sin prolongar el mismo para el estudio de una patología crónica cuyo estudio puede realizarse bien hospitalizado, bien de forma programada si las citas son precoces.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-66

ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA DESMIENTE RADIOGRAFÍA DE TÓRAX SIN INFILTRADOS

JM Berrospi Melgarejo, LE Cárdenas Bravo, R Suárez Cadenas, S Diéguez Zaragoza

Hospital Universitario del Vinalopó. Alicante

Palabras Clave: ecografía, neumonía, ultrasonido

Historia clínica:

Paciente de 30 años no fumadora. Acude a urgencias tras cinco días de cuadro de rinorrea, malestar general, dolor en hipocondrio derecho asociado a fiebre de hasta 39°C no disuria, no tos, no diarrea. Había consultado con su médico de familia que inicia Azitromicina 3 dosis en 3 días. RESULTADOS: A su llegada a urgencias Temp 39°C FC 120 lpm, TA 90/56mmHg, SatO2 93% ECG RS, eje conservado sin alteración del ST, FR 24min. RC rítmicos, no soplos. Crepitantes bibasales y roncantes escasos. ABD: ByD, no dolor a la palpación. SNC: No focalidad. Gasometría arterial muestra discreta hipoxemia con lactatemia de 24mg/dl. Rx tórax sin condensaciones aparentes. Hemograma con leucocitos 21000 y neutrofilia asociada, plaquetas 143000, PCR 18, Cr 1.4, U 48, resto de bioquímica y orina sin alteraciones. Médico de Urgencias realiza ecografía a la cabecera del paciente encontrándose: Infiltrado basal derecho sin derrame pleural asociado.

Conclusiones:

Ante un paciente con criterios de sepsis sin foco, la ecografía a la cabecera del paciente permite dar con el foco de forma rápida, reproducible, sin radiación y así poder tratar al paciente con mayor seguridad. Cabe anotar que no son pocas las ocasiones en las que la radiografía de tórax es poco clara o incluso negativa a la hora de mostrar un infiltrado parenquimatoso pulmonar.

A-68

LA ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS, UNA NUEVA ARMA EN MANOS DEL URGENCIÓLOGO

M Algaba Montes, AA Oviedo García, M Patricio Bordonmés

Urgencias. Hospital de Valme. Sevilla

Palabras Clave: emergency medicine, emergency medical services, ultrasonography

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: La evidencia científica actual avala el uso de la Ecografía por el médico de urgencias (MU) de forma rotunda, por su rapidez, agilidad y seguridad para el paciente facilitando un diagnóstico precoz de patologías potencialmente graves. Entre sus aplicaciones tenemos la ecografía pulmonar que tiene entre sus objetivos el diagnóstico rápido y certero de neumonía. En muchos servicios de urgencias es el urgenciólogo el que se hace cargo de la valoración pediátrica urgente, parece lógico pues, que usemos también la ecografía en esta rama de la medicina urgente, ya que además existen multitud de estudios en la literatura médica actual que demuestra las ventajas de la ecografía pulmonar en pediatría para el diagnóstico de neumonía, evitando así exponer a los infantes a rayos X innecesariamente. OBJETIVO: Conocer la utilidad de la ecografía en urgencias para el diagnóstico de neumonías en niños. MATERIAL Y MÉTODO: presentamos el diagnóstico de una neumonía en un niño mediante el uso de la ecografía en urgencias, realizada por el propio MU. RESULTADOS: niño de 5 años, sin antecedentes de interés, correctamente vacunado que acude a urgencias por tos de 7 días de evolución. A la exploración se encontraba estable, pero con tos continua, la auscultación mostraba una hipoventilación postero-basal izquierda. El MU realiza una ecografía pulmonar que mostró a nivel basal izquierdo una pérdida del patrón ecográfico normal, con condensación basal del lóbulo inferior izqdo y broncograma aéreo, compatible con neumonía a ese nivel, iniciándose tratamiento antibiótico y siendo derivado a su pediatra de zona.

Conclusiones:

la bibliografía más actual demuestra que la ecografía puede ser igual de sensible o más, en el diagnóstico de neumonías en niños, evitando exponerlos además a los rayos X de forma innecesaria. Pero tenemos que saber que es altamente explorador-dependiente siendo fundamental una adecuada formación, para evitar cometer errores diagnósticos. Los autores proponemos extender el entrenamiento en Ecografía entre todos los MU, y promover su utilización en base a las ventajas que ésta presenta, por sus características de inocuidad, eficiencia y seguridad para el paciente, siguiendo las recomendaciones actuales tanto de nuestra sociedad como de la evidencia científica actual.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-69

¿UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA DE URGENCIAS EN LA VALORACIÓN DE LA DISNEA AGUDA?

MJ Estévez Rueda, Y Aranda García, I Díaz Vidal, M Sánchez Pérez, C de La Casa Resino

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Palabras Clave: ecografía, urgencias, disnea

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Motivo de consulta: Disnea en paciente EPOC ANTECEDENTES PERSONALES: Hipertensión arterial, dislipemia, no diabética. Ex-fumadora de 40 cigarrillos día. Colocación de marcapasos en 2013, tras síncope por bradicardia. Enolismo crónico de 3-4 copas de vino al día. EPOC fenotipo bronquitis crónica no agudizador (tipo A de GesEPOC), sin seguimiento ni oxigenoterapia domiciliaria. Niega intervenciones quirúrgicas. TRATAMIENTOS PREVIOS: Furosemida 40 mg/12 h, Atorvastatina 40 mg/24 h, Amlodipino 10 mg/Valsartán 160 mg/24 h, Salmeterol/Fluticasona (25/250 mg)/12 h, Bromuro de Tiotropio 18 mcgr /24 h. Enfermedad actual. Mujer de 70 años que acude al servicio de urgencias por disnea progresiva desde hace 4 días, que se hace de reposo sin asociar tos ni expectoración, ni fiebre termometrada. Niega dolor torácico, ni palpitaciones ni incremento de edemas en miembros inferiores, ni disnea paroxística nocturna, ni otra sintomatología asociada en el momento de la anamnesis. Exploración física: TA: 143/58 mmHg, T°: 37°C, FC: 79lpm, SatO2 88% (basal) Cabeza y cuello: Carótidas rítmicas y simétricas. Se objetiva ingurgitación yugular. Auscultación cardíaca: Rítmico, leve soplo sistólico en foco aórtico II/VI. Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular conservado, crepitantes secos en bases. Abdomen: sin datos a destacar. Extremidades inferiores: No presenta edemas, no signos de trombosis. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Analítica: hemograma y bioquímica sin datos a destacar. Gasometría arterial: pH 7.38, pO2 39, pCO2 51, SatO2: 77% Radiografía de tórax: cardiomegalia global. Derrame pleural bilateral. EKG: ritmo de marcapasos Se inicia tratamiento broncodilatador, diurético y oxigenoterapia. Se realiza ecografía a pie de cama de aproximación diagnóstica, a nivel pulmonar y cardíaco por el servicio de urgencias. En la ecografía pulmonar se objetiva la presencia de líneas B sugestivas de edema intersticial. En la ecocardiografía se observa un derrame pericárdico severo, con colapso diastólico de ventrículo derecho. Se contacta con el servicio de Cardiología, que decide ingreso de la paciente en la Unidad Coronaria.

Conclusiones:

La exploración ecográfica realizada por médicos de urgencias, es una técnica muy resolutive, complementaria a la exploración, que se hace a pie de cama del paciente, con la que se puede llegar a un diagnóstico seguro en un alto porcentaje de los casos, mediante una técnica inocua, rápida y disponible prácticamente en todas las áreas de urgencia hospitalaria

A-70

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO: UN HALLAZGO INESPERADO

A Aldama Martín (1), C Fernández Pereda (1), V Fernández Lobo (2), A Casal Calvo (1), A Asturias Saiz (3)

(1) Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria, (2) Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, (3) Centro de Salud Dávila. Santander

Palabras Clave: traumatismos craneocerebrales, hemorragias intracraneales, hematoma

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción: Los Traumatismos Craneoencefálicos (TCE), son la primera causa de discapacidad y muerte en menores de 45 años. Son responsables de 50 ingresos por 100.000 habitantes y año y son tres veces más frecuentes en varones. Su causa más frecuente son los accidentes de tráfico. OBJETIVO: Identificar los TCE leves potencialmente graves e instaurar un manejo adecuado de los mismos. Paciente y método: Varón de 38 años, sin antecedentes personales de interés, traído por el 061 tras traumatismo craneal occipital por caída desde su altura al tropezar con un balón de fútbol media hora antes. Los testigos refieren pérdida de conocimiento posterior al traumatismo de 3-4 minutos de duración y convulsión de brazos y piernas sin relajación de esfínteres. A su llegada a urgencias se encuentra agitado, desorientado y muy repetitivo, presenta una Escala de Coma de Glasgow de 14 puntos (respuesta verbal desorientada), sin focalidad neurológica ni sangrado nasal u otológico. Durante la anamnesis y exploración vomita en una ocasión. Se solicita TAC craneal. Resultados: TAC craneal: hiperdensidad en surcos frontales izquierdos y temporobasales ipsilaterales en relación con hemorragia subaracnoidea. Resto del parénquima cerebral normal. No se observan claros trazos de fractura. Ante los hallazgos se realiza interconsulta al servicio de Neurocirugía, mantienen al paciente en observación durante 24 h y posteriormente lo ingresan durante una semana. Ante la buena evolución tanto clínica como radiológica el paciente es dado de alta. Actualmente en seguimiento por Neurocirugía no presenta secuelas.

Conclusiones:

Los TCE leves son los traumatismos craneocerebrales de manejo más difícil, ya que inicialmente pueden no presentar síntomas y posteriormente evidenciarse clínica de gravedad. Éste es el caso de nuestro paciente que a pesar de haber sufrido un TCE leve por mecanismo de bajo riesgo presentó una hemorragia subaracnoidea. En este caso es importante descartar una lesión vascular-cerebral previa al accidente que haya podido desencadenar el episodio, como una malformación arteriovenosa o la ruptura espontánea de un aneurisma cerebral, ya que el manejo y pronóstico son diferentes. Por todo ello una buena anamnesis y exploración física son imprescindibles, también es importante reevaluar al paciente pasadas unas horas para descartar complicaciones.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-71

ECOGRAFÍA PULMONAR, UNA HERRAMIENTA MÁS QUE EL MÉDICO DE URGENCIAS DEBE UTILIZAR

F Rico Rodríguez (1), L Mechbal Gracia (2), M Ruiz Ojeda (3), A López Sánchez (1), C Soriano González (4), E Piñero Flores (5), JF Tejeda Agredano (1)

(1) Hospital Comarcal Valle de Los Pedroches, (2) FEA Neumología, Hospital Comarcal Valle de Los Pedroches, (3) Médico de Dispositivo Móvil de Cuidados Críticos y Urgencias ASNC, (4) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Área Sanitaria Norte Córdoba. Pozoblanco, Córdoba

Palabras Clave: pulmonary ultrasonography, pneumothorax, emergencias

Ámbito del caso:
Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 57 años que acude por aumento de su disnea habitual hasta aparecer en reposo, junto a ortopnea de 2 almohadas, tos no productiva y dolor pleurítico en hemitórax derecho de 6 días de evolución. No fiebre. No traumatismo. Antecedentes personales: paraganglioma pancreático, en progresión, estadio IV (metástasis ganglionares y hepáticas) en tratamiento quimioterápico. Exploración física: TA 125/65 mmHg, FC 110 lpm, Saturación 89%. Leve taquipnea en reposo sin uso de musculatura accesoria, ausencia de ruidos en hemitórax derecho a la auscultación con timpanismo en campo superior y matidez en la inferior. Resto normal. Exploración complementaria: electrocardiograma normal, analítica urgente básica normal. Gasometría arterial basal con pO₂ 56 mmHg, pCO₂ 31,1 mmHg. Ante la sospecha clínica de hidroneumotórax derecho espontáneo decido realizar una ecografía pulmonar en urgencias, siguiendo el protocolo del servicio, visualizando la ausencia de deslizamiento pulmonar o lung sliding, ausencia de líneas B y el punto pulmonar o Lung point. Posteriormente se confirmó nuevamente el diagnóstico tras la realización de una radiografía simple de tórax.

Conclusiones:

La ecografía se ha convertido en una herramienta indispensable para el médico de urgencias. La realización de ecografía pulmonar, que asocie la información clínica y ecográfica en las mismas manos, conlleva un aumento de la eficacia diagnóstica. Son varios los signos que se han descrito para diagnosticar ecográficamente un neumotórax. El desplazamiento del pulmón en la cavidad torácica durante la respiración produce una alteración en la línea pleural, lung sliding o deslizamiento pulmonar, su presencia excluye el neumotórax. Las líneas B son un artefacto en cola de cometa que se produce en la línea pleural, en la zona de contacto entre la pleura visceral y el pulmón normalmente aireado, este artefacto excluye el neumotórax. Punto pulmonar, es el punto donde se separan las hojas pleurales visceral y parietal, confirma el neumotórax. La ecografía pulmonar se debe utilizar en pacientes con alta sospecha de neumotórax, para

valorar la extensión del mismo y monitorizar su evolución. Es una herramienta rápida, no invasiva, con alta sensibilidad y una corta curva de aprendizaje. Los pacientes críticos son lo que más pueden beneficiarse de esta técnica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-73

DONDE MENOS SE ESPERA, SALTA EL ABSCESO

O Oger, MN López Laguna, I Alonso Segurado, E Eslava Gurrea, L Sánchez Íñigo, A Insausti Lorduy

HGO. Estella, Navarra

Palabras Clave: absceso, psoas-eco

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 30 años con dolor lumbar progresivo, de 10 días de evolución, irradiado a zona inguinal derecha, que aumenta con los cambios posturales. Se asocia a distermia, sudoración nocturna, astenia e hiporexia. Tres meses antes cuadro similar. En esa ocasión, se objetivó microhematuria y se etiquetó de cólico nefrítico respondiendo bien a tratamiento con AINEs. Exploración física: Constantes normales, afebril. Coxalgia derecha con aumento de dolor en flexión y rotación, Lassegue (-) Resto anodino Pruebas complementarias: AS: Leucocitosis con desviación izquierda. PCR aumentada. Rx Abdominal: borramiento de psoas derecho. Eco abdominal: imagen abigarrada hipoeoica de aproximadamente 5 cm adyacente a psoas derecho, etiquetada como absceso. TAC revela absceso retroperitoneal derecho con asiento en el psoas y el músculo cuadrado lumbar con bordes serpiginosos de origen indeterminado. Hemocultivos negativos. Se inició tratamiento empírico con ceftriaxona y levofloxacino. Tras drenaje percutáneo guiado por ECO, se identifica E.coli multi-resistente. Guiados por Antibiógrama se cambia levofloxacino por metronidazol. No se consigue identificar foco de origen.

Conclusiones:

La triada clínica clásica es fiebre, dolor abdominal-lumbar y limitación al movimiento de la cadera, aunque lo más frecuente es una presentación inespecífica: malestar, dolor inguinofemoral, signo del psoas, cojera, tumoración en ingles. Son más frecuentes en pacientes jóvenes. En las formas secundarias, predomina el origen osteoarticular, genitourinario y gastrointestinal. Los organismos más implicados son *S. aureus*, *E. coli* y *M. tuberculosis*. Actualmente está disminuyendo la etiología tuberculosa. El TAC es el mejor método diagnóstico. La ecografía, si bien en nuestro caso estableció el diagnóstico de sospecha, tiene una baja rentabilidad Aunque clásicamente el tratamiento de elección fue drenaje quirúrgico, hoy en día se considera que antibioterapia más drenaje percutáneo guiado por imagen es una buena alternativa, manteniendo posteriormente antibioterapia guiada por antibiógrama. El tratamiento quirúrgico se limita a aquellas formas asociadas a patología intraabdominal que precisan intervención.

A-74

HERNIA ABDOMINAL SPIEGEL. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

R Narbona Fernández, E Navarro Sanchís, MI Correa Rosales, J Pacheco Sanjuán

Hospital Regional Universitario. Málaga

Palabras Clave: hernia, Spiegel, dolor

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 56 años con antecedentes de colecistectomía, ligadura de trompas sin tratamiento domiciliario habitual. Consulta por 4ª vez en urgencias en 5 meses, refiriendo dolor localizado a punta de dedo en fosa iliaca izquierda no irradiado, de inicio súbito, afebril, heces normales no alteraciones urinarias. A la exploración abdomen globuloso sin signos de irritación peritoneal con dolor localizado a nivel de fosa iliaca izquierda que impresiona de superficial con sensación de pequeña tumoración dolorosa a la palpación. En las sucesivas visitas a urgencias ha sido diagnosticada de dolor abdominal sin filiar origen y remitida preferente a consulta de digestivo realizándose estudio de colonoscopia (diverticulosis no complicada) y tránsito gastroesofágico normal. Analítica sistemáticamente anodina. En el último año ha tenido varios episodios como estos, cediendo en minutos u horas. Analítica de sangre y orina normales. Radiografía de tórax y abdomen sin hallazgos. Contacto con Radiólogo de urgencias para valorar realizar ecografía para filiar origen de la tumoración objetivándose una herniación abdominal de Spiegel.

Conclusiones:

La hernia de Spiegel es una rara variedad de defecto herniario de la pared abdominal. Su diagnóstico y tratamiento continúa siendo un tema controvertido, fundamentalmente por su diversa e infrecuente presentación. Estas hernias aparecen a través de la línea semilunar de Spiegel, zona de transición entre la fascia del músculo recto anterior y las vainas de los músculos anchos del abdomen. Se extienden desde el reborde costal hasta el pubis, si bien el lugar más frecuente de su aparición es por debajo del ombligo. Muchas veces son de difícil diagnóstico al estar situadas por debajo de la aponeurosis del músculo oblicuo mayor y no hacerse patentes clínicamente. Por ello es muy útil la disponibilidad de diagnostico por imagen cuando se manifiestan clínicamente. Las hernias de Spiegel representan el 1 % de todas las hernias que se operan en la pared abdominal. Al respecto se han publicado poco más de un millar de casos en la literatura médica mundial. Se han descrito casos en los que el defecto era congénito pero en la mayoría de los casos es adquirido.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-75

MAS ALLÁ DE LA LUMBALGIA MECÁNICA. IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS Y ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

I Fernández Leizan (1), V Lo Iacono García (2), J Fernández Peleteiro (3)

(1) Centro de Salud Pozuelo Estación, (2) Centro de Salud V Centenario. San Sebastián de Los Reyes, (3) Consultorio de Parga. Lugo

Palabras Clave: dolor de la región lumbar, riñón, ultrasonografía

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Mujer de 73 años con antecedentes de artrosis generalizada y esofagitis por reflujo en tratamiento con omeprazol 20 mg. Es valorada en Urgencias Hospitalarias en 2 ocasiones por lumbalgia derecha sin irradiación de 1 mes de evolución, realizada radiografía lumbar se objetivan cambios degenerativos, espondiloartrosis y discreto aplastamiento vertebral L1-L2. Diagnosticada de lumbalgia mecánica se recomienda reposo relativo y tratamiento antiinflamatorio. Posteriormente, acude a Urgencias de Atención Primaria por empeoramiento progresivo del estado general, sensación de mareo sin giro de objetos, incremento progresivo del dolor a nivel de fosa renal derecha y abdominal generalizado, con mal control con el tratamiento pautado. Afebril, sin clínica miccional. Dada la tórpida evolución, se realiza una nueva anamnesis donde refiere hace un mes traumatismo directo en dicha localización, secundario a caída accidental por escaleras, mientras limpiaba cristales en su domicilio. EXPLORACIÓN FÍSICA: Consciente, regular estado general, dolorida, palidez cutánea, nauseosa y sudorosa. TA: 85/50 mm de Hg, FC: 101lpm. Abdomen: Defensa a la palpación generalizada. Puñopercusión renal derecha positiva. Combust test: hemafes+++. Electrocardiograma: Sin alteraciones. Ecografía: hematoma renal y perirrenal derecho de 13 cm versus quiste complicado por hemorragia. Hígado, vesícula, vía biliar, riñón izquierdo y bazo normales. Páncreas no vaporable por interposición de gas. JUICIO CLÍNICO: Trauma renal derecho. EVOLUCIÓN: Se deriva a Urgencias Hospitalarias donde, dada la situación clínica es recibida por la UCI. Analítica normal, salvo creatinina 1,1 mg/dl. TAC abdomen con contraste, lesión renal grado III por la AAST, confirmándose nuestra sospecha diagnóstica. A cargo de Urología, se realiza tratamiento especializado.

Conclusiones:

Los traumatismos renales representan el 1% y 5% de todos los traumatismos. Es la lesión mas frecuente del aparato urinario. En los pacientes con traumatismo lumbar, paravertebral, en la valoración inicial en Urgencias se ha de considerar la posible afectación renal. La intensidad del golpe no guarda necesariamente relación directa con la lesión que se pueda ocasionar. La hematuria es el principal indicador de lesión, pero su ausencia no la descarta. El TAC es la prueba princeps. La ecografía es necesaria para la valoración inicial. Importancia de una buena y detallada anamnesis y la revaluación tras una tórpida evolución.

A-76

MASA RENAL COMO CAUSA DE HEMATURIA. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA DE URGENCIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

C de La Casa Resino, Y Aranda García, M Sánchez Pérez, L Díaz Vidal, MJ Estévez Rueda

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Palabras Clave: hematuria, ecografía, urgencias

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 45 años, natural de Rumanía, residente en España desde hace 4 años, que acude al servicio de urgencias por cuadro de dolor lumbar derecho irradiado hacia flanco derecho y fosa iliaca derecha de 2 días de evolución, junto con la presencia de hematuria macroscópica. Niega fiebre ni sensación distérmica, y no presenta síndrome miccional asociado. ANTECEDENTES PERSONALES: HTA, no DL, no DM No fumadora. Bebedora ocasional Intervenciones quirúrgicas: apendicectomía, histerectomía con doble anexectomía. TRATAMIENTO HABITUAL Enalapril 5mg 1 comprimido día EXPLORACIÓN FÍSICA: TA 137/68 FC 76, Tª 36, 7°C, SAT 98% FR 15rpm Consciente y orientada en las tres esferas. AC: rítmico, no se auscultan soplos AP: MVC sin ruidos sobreañadidos ABDOMEN: blando y depresible, doloroso a la palpación profunda en flanco derecho y fosa iliaca derecha, sin signos de irritación peritoneal y sin palpase masas ni megalias. Ruidos presentes, puño percusión renal derecha positiva, izquierda negativa. Se realiza ecografía renal de urgencias a pie de cama y se objetiva masa renal de 8x6 cm de diámetro máximo, no descrita en estudios previos de la paciente. Ante los hallazgos se solicita preoperatorio y valoración por Urología que confirma el diagnóstico. Se pauta analgesia, con mejoría sintomática clara de la paciente, y es dada de alta con cita en Urología para estudio de extensión y tratamiento definitivo.

Conclusiones:

La presencia de dolor en región lumbar acompañado de hematuria es un motivo de consulta frecuente en el Servicio de Urgencias. Los pacientes a menudo son diagnosticados cólicos renoureterales o pielonefritis y dados de alta con analgésicos o antibióticos y seguimiento. La exploración ecográfica es una técnica muy resolutive, con la que se puede llegar a un diagnóstico en el 90% de los casos mediante una técnica inocua, rápida y disponible prácticamente en todas las áreas de urgencia hospitalaria. En el ámbito de la Medicina de Urgencias, los médicos formados en ecografía de urgencias, deben ser capaces de valorar la presencia de hidronefrosis y la confirmación de un globo vesical en casos de retención aguda de orina. En caso de apreciar masas renales, se solicitarán aquellas pruebas adicionales que permitan llegar a su filiación y diagnóstico final.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-77

CELULITIS + ECÓGRAFO = SARCOMA

JV Esteban Velasco, I Moro Mangas, L Alonso-Villalobos
Ordóñez, J Chehayeb Morán, S Barbero Bajo, MB Arranz Díaz,
C del Pozo Vegas

Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Palabras Clave: sarcoma, ultrasonografía, celulitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 89 años remitido por su médico de Primaria por celulitis de 10 días de evolución en la extremidad inferior, con evolución desfavorable, para descartar una TVP. A la exploración afebril, llama la atención una inflamación en el muslo consistente, con aumento de su perímetro, sin claros signos de celulitis cutánea, y sin alteración distal en la pierna para pensar en TVP. Con estos hallazgos, se decide explorar con ecógrafo, descarta TVP, mostrando en el músculo cuádriceps un patrón desestructurado con edema adyacente. Se solicita estudio con RMN ambulatoria, que confirma una tumoración de 18 cm en cuádriceps. La biopsia confirma un Sarcoma Inmunoblástico. El paciente desarrollo en poco tiempo metástasis pulmonares y falleció sin ser intervenido, con cuidados paliativos.

Conclusiones:

La exploración de los enfermos con ayuda de un ecógrafo, supone un salto de calidad en el diagnóstico y seguridad en el manejo de nuestros enfermos. No es necesaria una formación muy compleja, alcanzandose experiencia en poco tiempo. La ecografía del radiólogo al contrario que la nuestra, se demora más tiempo y pierde la interpretación clínica que proporciona nuestro conocimiento del caso. Además nosotros no nos centramos en un único estudio descriptivo, sino que realizamos la ecografía integrándola en el contexto clínico. El Sarcoma Inmunoblástico es una neoplasia maligna de naturaleza linfóide, procedente de linfocitos B, con un alto grado de malignidad.

A-78

DISECCIÓN TRAUMÁTICA DE AORTA ABDOMINAL

X Vázquez Albisu, MF Alcain Hernández, I Barral Juez

Hospital Bidasoa. Ordizia, Gipuzkoa

Palabras Clave: ultrasonografía, aorta abdominal, accidente de tráfico

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 36 años traído en ambulancia de SVB tras accidente de tráfico con choque frontal entre dos vehículos. Llevaba el cinturón puesto, saltan los airbags, el coche ha quedado destrozado (alta energía). Refiere intenso dolor abdominal y mareo. No TCE ni síncope. Recuerda lo sucedido. A su llegada se encuentra hemodinámicamente estable, sudoración profusa, TA de 138/98 mmHg, FC 86 lpm y SpO2 100%. Exploración física: A: Vía aérea permeable sin estridor. B: Buena entrada de aire bilateral sin signos de insuficiencia respiratoria. C: RC < 2 seg, FC 86 lpm, no IY, pulsos presentes bilateralmente. D: PICNR, Glasgow 15/15, sin focalidad. E: Abrasión superficial en rodilla izda y pequeñas abrasiones an ambas caderas. ACP sin alteraciones. Dolor abdominal difuso a la palpación, blumberg (+). No palpo masas ni visceromegalias. Pruebas complementarias: A/S: Lipasa 115,5, Etanol 172,5, Leucocitos 20.800 (83% N). Rx columna cervical, tórax, abdomen y cadera sin alteraciones. Ecofast: Imagen de líquido libre peritoneal a nivel periesplénico y perivesical. TAC abdomino-pélvico: Disección de aorta abdominal infrarrenal distal a nivel de bifurcación iliaca con morfología en Y. Aorta de calibre normal. Líquido libre perihepático, periesplénico, en gotieras paracólicas y entreasas. No se aprecia neumoperitoneo. Hígado, riñones, bazo y páncreas sin alteraciones significativas. No se visualizan fracturas de columna lumbar y pelvis. En nuestro servicio hemodinámicamente estable en todo momento. Administramos analgesia iv (metamizol 2g + fentanest 0,05 mg + 0,05 mg + enantyum 50 mg), ansiolítico (diazepam 5 mg vo) y antihipertensivos (labetalol 5 + 5 mg iv). Comentamos el caso con cirugía vascular del HUD y trasladamos en ambulancia de SVA. Una vez allí se decide cirugía urgente por riesgo vital. Se realiza laparotomía media. Evidencian desgarrs mesentéricos y avulsión de asas yeyunales, por lo es intervenido por cirugía general y en un segundo tiempo se realiza tratamiento endovascular (endoprótesis).

Conclusiones:

Insistir en la importancia de anamnesis y exploración física apreciando intenso dolor abdominal, sudoración profusa, abdomen con peritonismo. Subrayar la importancia del ecofast en urgencias a la espera del TAC (dada la estabilidad del paciente) que aporte el diagnóstico definitivo.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-79

IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN URGENCIAS

**M Cordero Cervantes, EM Prieto Piquero, R Cenjor Martín,
EM Cano Cabo, G García Estrada**

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Palabras Clave: aneurisma, dolor, abdomen agudo

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 71 años exfumador con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia e infarto lacunar. Tratamiento crónico: Atorvastatina 40 mg, Enalapril 5mg, Ácido Acetilsalicílico 100 mg y Omeprazol 20mg. Acude a la consulta por dolor lumbar de tipo continuo de tres días de evolución, sin trauma desencadenante. No clínica urinaria ni digestiva. No fiebre ni clínica infecciosa. Exploración física COC. Afebril. TA: 160/84 mmHg. FC: 88. Abdomen: Peristalsis conservada. Dolor a la palpación profunda de hipogastrio. No signos de irritación peritoneal. Blumberg y Rovsing negativos. Pedios presentes, no otros pulsos expansivos. Se solicita hemograma, bioquímica, sistemático y sedimento de orina y Rx de abdomen. Destacaba Hb9 g/dl, Cr2.6mg/dl y FG 48. Resto normal. Por lo que se realiza ecografía en Urgencias mostrando: Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal, que presenta un diámetro máximo de 80 mm en el eje anteroposterior y 83 mm en el eje transversal, con gran trombo mural, de 30 mm de espesor, y calcificaciones periféricas. Posteriormente se solicita consulta con C. Vascular y TC abdomino-pélvico con contraste, que se informa como: Aneurisma abdominal infrarrenal con signos sugestivos de inestabilidad. Severa ateromatosis aórtica. Obstrucción de la arteria renal izquierda, con flujo distal filiforme. Estenosis en el origen de la arteria renal derecha de aproximadamente 50%. Juicio clínico: Aneurisma abdominal Diagnóstico diferencial: Cólico renal, apendicitis, diverticulitis, isquemia intestinal, coleditis. Se realizó de forma urgente reparación endovascular del aneurisma con colocación de endoprótesis. En el postoperatorio la creatinina fue descendiendo progresivamente hasta 1.4.

Conclusiones:

El aneurisma de la aorta abdominal (AAA) se define como el aumento del diámetro de la aorta en más del 50% de su tamaño original. Afecta de manera característica a varones a partir de la séptima década de la vida. La causa más frecuente de los AAA es la aterosclerosis. La rotura puede ser la manifestación clínica inicial. Esta se presenta de manera brusca, con datos de shock hipovolémico con hipotensión, vasoconstricción periférica, importante cortejo vegetativo y oliguria. El diagnóstico diferencial del AAA roto debe establecerse con otras causas de abdomen agudo. Presentamos este caso por la importancia de la ecografía en el ámbito de Urgencias como método rápido y eficaz.

A-80

LA ECOGRAFÍA CLÍNICA, A PIE DE CAMA EN URGENCIAS, ANTE LA SOSPECHA DE UN ABDOMEN AGUDO

M Algaba Montes, AA Oviedo García, M Patricio Bordonmá

Urgencias. Hospital de Valme. Sevilla

Palabras Clave: emergency medicine, abdominal pain, ultrasonography

Ámbito del caso:

Hospitalaria

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 puede influir 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 una paciente con abdomen agudo. **MATERIAL Y MÉTODO:** presentamos el diagnóstico de un hematoma del recto anterior del abdomen mediante el uso de una ecografía realizada por el propio MU. **RESULTADOS:** mujer de 73 años, obesa, hipertensa, diabética y anticoagulada con acenocumarol por una fibrilación auricular persistente, autónoma y con las funciones superiores conservadas que acude a urgencias por dolor abdominal de unas 12 h de evolución, de intensidad creciente, de inicio mientras dormía. A su llegada se encontraba muy afectada por el dolor, con las constantes mantenidas, y a la palpación abdominal mostraba defensa generalizada. El MU le realiza una ecografía clínica abdominal, a pie de cama, sin objetivar líquido libre peritoneal, pero le llama la atención una zona anecogénica en la pared abdominal, justo bajo la línea alba, entre los músculos rectos del abdomen, por lo que selecciona la sonda lineal de alta frecuencia y comprueba que se trata de un hematoma de la pared, dependiente del músculo recto abdominal derecho. Ante este diagnóstico y tras administrar morfínicos intravenosos se controló el dolor. Posteriormente la analítica demostró un INR que no detecta coágulos, administrándose plasma y vitamina K, quedando la paciente ingresada.

Conclusiones:

En el caso presentado, gracias a la ecografía se filió la causa del dolor, descartando así mismo otras causas de abdomen agudo con posible riesgo vital para la paciente, pudiendo tratarla con eficacia y seguridad en el mismo box de críticos. La ecografía en Urgencias demuestra por tanto que 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.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-82

PERFORACIÓN VESICULAR AISLADA EN TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO: A PROPÓSITO DE UN CASO

M Martínez Ramírez, R Pastor Toledo, A Hernández Castro, P Sarduy Fernández, E Corral Fernández, J de Capadocia Rosell, I González Molina

Hospital de Villarrobledo. Albacete

Palabras Clave: vesícula, traumatismo abdominal, politraumatizado

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Presentamos el caso de un paciente de 47 años que tras traumatismo abdominal cerrado de alta energía sufre perforación vesicular aislada realizándose diagnóstico preoperatorio con ecografía de urgencia y Tac y posterior confirmación con laparoscopia diagnóstica y colecistectomía.

Conclusiones:

La perforación vesicular en traumatismo cerrado es muy infrecuente menos del 2% y mucho menos frecuente es la perforación aislada sin otras lesiones asociadas. El diagnóstico preoperatorio es poco habitual, dada la clínica poco específica e incluso ausente. Un conocimiento de los signos radiológicos de perforación vesicular en el contexto clínico adecuado es fundamental para establecer el diagnóstico.

A-84

PLACA DE PARRILLA COSTAL Y ALTA...

T Villén Villegas (1), A Trueba Vicente (2), P Gallego Rodríguez (1), M Hernández Egido (3), L Alba Muñoz (4), E Machín Muñoz (5)

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Palabras Clave: ultrasonografía, diagnóstico diferencial, pulmón

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 47 años con antecedentes personales de HTA, dolor torácico en estudio por Cardiología hace varios años sin diagnóstico, y un ingreso la semana anterior por síncope secundario a deshidratación tras una pancreatitis aguda litiasica, que acude a Urgencias por cuadro de dolor costal, a punta de dedo a nivel de últimos arcos costales de la cara posterior de hemitórax izquierdo, no irradiado, que empeora con la movilización y que relaciona con traumatismo costal a ese nivel sufrido tras el síncope de la semana anterior. Refiere que durante el ingreso ya presentaba este dolor pero no consultó. Interrogado niega que el dolor se desencadene con la respiración profunda. Niega tos ni expectoración. Refiere mejoría sintomática de su cuadro gastrointestinal, no presentando actualmente náuseas, vómitos, diarrea ni fiebre o sensación distérmica. Exploración Física: TA: 120/78 mmHg T°: 36,8 °C FC: 86 lpm SO2: 100% FR: 18 rpm. Auscultación pulmonar: buena ventilación bilateral sin claros ruidos sobreañadidos. No dolor a palpación. Signo de la tecla negativo. No crepitación costal. No equimosis. Resto sin hallazgos. Dada la clínica referida por el paciente y la ausencia de datos de alarma clínicos y exploratorios, se solicita como única prueba diagnóstica una radiografía de parrilla costal izquierda que es normal. Dada la dificultad para reconocer fractura costal, la ausencia de datos de patología estructural y la escasa sensibilidad de la radiología convencional en la detección de fracturas costales, se decide realizar ecografía evidenciándose costilla normal y un patrón de líneas B coalescentes que afecta únicamente a un espacio intercostal, rodeado de pulmón normal. El diagnóstico diferencial se abre y requiere la realización de un TC torácico que evidencia TEP con infarto pulmonar.

Conclusiones:

La presencia asimétrica de líneas B indicaría procesos focales parenquimatosos como los que se plantean en el diagnóstico diferencial. Por ello y para diferenciar situaciones clínicas que la produzcan, es necesario que la ecografía pulmonar vaya unida inexcusablemente a la clínica del paciente, de ahí que sea una exploración que debe realizar el médico encargado del cuidado primario del mismo.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-148

MORDEDURA DE PERRO, ¿SUTURAMOS LA HERIDA?

M Rodríguez Ventura, E Lagares Santana, M Moreno Fernández

Hospital Regional de Málaga

Palabras Clave: bite wounds, suture, treatment

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 49 años de edad que acude derivado desde atención primaria para valoración de herida por mordedura de perro en antebrazo hace 1 hora, en primaria se ha procedido a limpieza de herida quirúrgica y vendaje para derivarlo a nuestro centro, se procede en sala de curas a exposición de herida, donde se aprecia herida anfractuosa con bordes muy separados en región de antebrazo (cara anterior), sin afectación musculotendinosa, neurológico y vascular distal conservado. Se procede a sutura de herida junto con profilaxis antitetánica y cobertura ATB, con revisiones en consulta de enfermería de centro de salud.

Conclusiones:

Existe mucha controversia sobre si las heridas por mordedura deben de someterse a cierre primario, cierre diferido (después de 3-5 días) o cicatrización por segunda intención. Se deben considerar factores como: tipo, tamaño, localización y profundidad, presencia o riesgo de infección, tiempo transcurrido (mayor o menor de 24 horas) y posibilidad de deformidad estética. Se recomienda: Explorar y evaluar la herida cuidadosamente para identificar lesiones en las estructuras subyacentes y/o la presencia de cuerpo extraño. Si parece estar infectada, antes de iniciar tratamiento con antibióticos, debe obtenerse un cultivo. Respecto al manejo de la herida, se recomienda el cierre primario de las heridas abiertas en pacientes sanos que cumplan con todos los siguientes criterios: Estéticamente importante. Heridas clínicamente infectadas. Heridas de menos de 12 horas (24 horas si cara). Heridas no situadas en manos o pies. Debe ser evitado el sellado de la herida con adhesivo tisular de cianoacrilato (pegamento). Se sugiere NO cerrar heridas con alto riesgo de infección incluyendo: ? Lesiones por aplastamiento. Heridas punzantes. Las mordeduras en manos o pies. Las heridas de más de 12 horas (24 horas en cara). Heridas por mordeduras de gatos o humanos (excepto cara). Heridas de pacientes inmunodeprimidos, ausencia de bazo o disfunción esplénica, estasis venosa, diabetes. Como antibiótico de elección para heridas por mordedura de animales recomienda la amoxicilina-ácido clavulánico. Siendo la dosis oral para adultos de 875 mg/125 mg dos veces al día, y para niños 20 mg/kg por dosis (amoxicilina) dos veces al día.

A-273

PACIENTE CON HEMORRAGIA INTRACRANEAL MASIVA. LIMITACIÓN DE ESFUERZO TERAPÉUTICO VERSUS MEDIDAS DE MANTENIMIENTO PARA DONACIÓN DE ÓRGANOS EN MUERTE ENCEFÁLICA

M García Garzón, A Garrido Rosado

Hospital Regional de Málaga

Palabras Clave: obtención de tejidos y órganos, relaciones profesionales, familia, ética médica

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Antecedentes: Varón de 52 años, sin FRCV. -Dependiente parcial para las AVD por retraso mental secundario a síndrome de Lennox Gastaut. -Ictus isquémico, con secuelas de paresia 4/5 MSI. -Tratamiento médico habitual: Clopidogrel, Rufinamida, Ranitidina y ácido Valproico. Enfermedad actual: El paciente sufre un crisis comicial similar a previas, pero de más larga duración, cesa espontáneamente sin necesidad de benzodiazepinas, avisan a ambulancia, por persistencia prolongada de cuadro postcrítico. Ambulancia objetiva glasgow 11, hemodinamicamente estable, traslada al paciente a hospital. Exploración a la llegada al hospital: -TA 164/90 a 72 lpm. sat O2 97%. Eupneico. -Escala de glasgow 9, pupilas hiporreactivas, derecha en midriasis e izquierda miótica. Hemiplejia izquierda. Realizamos TAC DE CRÁNEO: Hematoma intraparenquimatoso extenso frontoparietal derecho, con invasión a ventrículos, gran efecto masa y desviación de la línea media. INFORMAMOS A FAMILIA del mal pronóstico, descartando tratamiento quirúrgico. Solicitan activamente el no encarnizamiento terapéutico, evitando cualquier medida que pueda producir sufrimiento en el paciente. Aceptamos la petición de familiares, y decidimos junto con el resto del equipo, la limitación del esfuerzo terapéutico. El paciente sufre un deterioro de su estado, pasando a estado comatoso con Glasgow 3. INFORMAMOS A COORDINADOR DE TRASPLANTES que se encuentra localizado en domicilio, solicitándonos la intubación orotraqueal para poder proceder a una posible donación de tejidos en muerte encefálica. No disponemos de cama en UCI en este momento, por lo que desde urgencias asumimos el proceso. Comentamos al coordinador de trasplantes que la familia se ha negado a cualquier procedimiento agresivo. Avisamos nuevamente a la familia informando del deterioro brusco del cuadro y de lo precipitado del desenlace, junto al coordinador (que acude rápidamente) le mostramos de la oportunidad de donación de órganos, para lo cual sería recomendable para su optimización la intubación orotraqueal y canalización de vía venosa central. La familia da su consentimiento. Los realizamos bajo sedorrelajación. El equipo de donación de órganos se hace cargo del paciente para aplicar el protocolo de donación de órganos con paciente en muerte encefálica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

Conclusiones:

La buena comunicación con la familia, facilita el cambio de estrategia en un paciente potencialmente donante de tejido.

P-300

PERITONITIS ASOCIADA A VENTRICULITIS EN PACIENTE CON DERIVACIÓN VENTRÍCULOOPERITONEAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

S Saavedra Casado, JM Krivocheya Montero, FJ Alonso López, R Romero Riera, N Assakale, C Olmo Azuaga

Urgencias. Hospital Comarcal de Melilla

Palabras Clave: ventriculitis, peritonitis, derivación ventrículo-peritoneal

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 7 años que acude por cuadro de distensión abdominal de 7 días de evolución más acentuado en las últimas 48 horas no acompañada de otro sintomatología. Entre sus antecedentes personales destaca hidrocefalia con derivación EXPLORACION FISICA Constantes vitales: Peso 17 Kg, FC 120 lpm, temperatura 37°C, FR 20 rpm Afectación del estado general, palidez cutáneo-mucosa, no exantemas ni petequias Neurológico sin hallazgos patológicos ACR: Tonos rítmicos, soplo II/VI, buena ventilación bilateral, no ruidos sobreañadidos, no signos de dificultad respiratoria Abdomen: Distensión moderada, oleada ascítica, doloroso a la palpación EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS Analítica general Bioquímica: Sodio 134, PCR 7,2 Hemograma: Hemoglobina 10,40, hematocrito 32,70, microcitosis e hipocromía, plaquetas 545 Coagulación: Sin alteraciones Rx toraco-abdominal: Sin alteraciones significativas Ecografía en Urgencias: Se observa moderado líquido libre intraperitoneal y perihepático Líquido ascítico: Leucocitos (1500) a expensas de PMN (90%), creciendo posteriormente *S. epidermidis* en cultivo EVOLUCIÓN: La paciente ingresa en planta instaurándosele tratamiento antibiótico intravenoso y analgésico por peritonitis con posterior retirada de la válvula, estudio de LCR y de la punta del catéter: LCR: Glucosa 78, proteínas 96, láctico 1,5, cloro 121, ADA 1. Líquido claro y transparente. Crecimiento de *Staphylococcus* en cultivo de LCR Punta del cateter: en el que hay un crecimiento del propio *Staphylococcus*. Se realiza TAC craneal en el que aprecia un moderado aumento de las cavidades ventriculares, de predominancia en los ventrículos laterales con un discreto aumento del III ventrículo (ventriculitis) Tras continuar con tratamiento antibiótico por la peritonitis y ventriculitis se realiza una segunda intervención para colocación de nueva válvula dándole el alta a los 4 días posteriores a la intervención desapareciendo todo proceso infeccioso con buen funcionamiento de la válvula y mejorando el estado general de la paciente DIAGNÓSTICO: Peritonitis asociado a ventriculitis por derivación ventrículo peritoneal DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Planteamos las posibles complicaciones de esta intervención: infecciones, pseudoquiste o quiste intrabdominal, ascitis, hernia inguinal, perforaciones viscerales, vaginal, vesical y de pared abdominal. Hidrocele y extrusión escrotal. Extrusión anal.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

Conclusiones:

La derivación ventriculoperitoneal constituye el tratamiento de elección de la hidrocefalia. Esta intervención produce complicaciones operatorias diferidas que son poco frecuentes, pero que aun siendo raras, es preciso tenerlas en cuenta por que en ocasiones acarrea consecuencias importantes.

P-302

YO NO INGRESO POR UN BULTO EN LA CABEZA

GM Gómez García, M Romero Brugera, B Paderne Díaz, F Fernández Salgado, O Álvarez López, E de Las Nieves Rodríguez, MC Villa Escamilla

Hospital Universitario de Móstoles. Madrid

Palabras Clave: carcinoma, células escamosas, metástasis linfáticas, cráneo

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción: El cáncer de pulmón es el más frecuente en la actualidad, un 30% son tipo carcinoma epidermoide. La mayoría al diagnóstico son asintomáticos y pueden producir metástasis en cerebro, hueso, hígado y glándulas adrenales. Presentamos caso de varón, 50 años, fumador sin otros antecedentes personales, que acude a urgencias por tumoración craneal frontal y cervicalgia de 2 meses de evolución, mala respuesta al tratamiento analgésico, evidenciándose en estudio de imagen presencia de metástasis óseas. **Objetivo:** comunicar la presunción atípica de metástasis de carcinoma epidermoide de pulmón. **Material o paciente y métodos:** Varón, 50 años fumador 10 cigarros al día, asintomático respiratorio, que refería dolor cervical con mala respuesta a analgesia convencional y aparición tumoración blanda frontal asintomática, por lo cual su médico de atención primaria solicitó radiografía de cráneo, donde aparecen lesiones líticas, ampliándose el estudio realizando TAC craneal, donde se confirmaron lesiones líticas (parasagital y parietal izquierda alta) con impronta en estructuras próximas (seno sagital superior y duramadre). Ante estos hallazgos se realizó RMN cráneo-cervical donde se confirman lesiones óseas sugestivas de metástasis en calota, y en cuerpo vertebral de C1-C2 sin datos de afectación medular. **Resultado:** Se realizó estudio analítico completo que fue normal, incluyendo calcio, fósforo, fosfatasa alcalina y PTH. La radiografía de tórax también fue normal. Ante la sospecha de neoplasia primaria metastásica, se realizó TAC body evidenciándose lesión espiculada en segmento anterior de LSD de morfología pseudonodular y patrón de enfisema bulloso pulmonar muy evolucionado, además de múltiples metástasis vertebrales (C1-C2, D4, D6, D12 y L2). Dada la dificultad de biopsia de la lesión pulmonar, se realizó BAG de la lesión en calota confirmándose infiltración por carcinoma epidermoide

Conclusiones:

Los tumores craneales son poco frecuentes y representan el 1-4% de los tumores óseos. Hasta un 80% son malignos. El diagnóstico diferencial debe incluir quistes, displasia fibrosa, hemangioma, osteomielitis, plasmocitomas, granulomas y metástasis. Los tumores primarios que con más frecuencia producen metástasis óseas son mama, pulmón, riñón y próstata. Este tipo de lesiones se debe realizar estudio amplio y siempre que se pueda, biopsia de las lesiones para confirmación del diagnóstico e inicio precoz del tratamiento.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-305

INDICACIONES DE TORACOCENTESIS EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

N Molina Osorio (1), I Osorio González (2), ME Molina Osorio (1)

(1) Lithuanian University Of Health Sciences, (2) Hospital Clínico San Cecilio. Granada

Palabras Clave: empiema, exudado, toracocentesis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Objetivos: Determinar las características del líquido pleural y la causa subyacente. Establecer los criterios de drenaje del empiema pleural en el paciente geriátrico de forma urgente. Varón de 84 años pluripatológico, traído a Urgencias por fiebre y disnea. En la exploración destacaba taquicardia sinusal y abolición del murmullo vesicular en campo derecho. En la radiografía de tórax presentaba derrame pleural derecho moderado con líquido intercostal, no presente en proyecciones previas. Se realizó toracocentesis extrayendo 150 ml de líquido pleural amarillento turbio. Los resultados analíticos fueron: pH 6,98, exudado neutrofílico, ADA 143. Compatible con empiema pleural. El cultivo resultó negativo. Se realizó drenaje pleural mediante tubo pleural conectado a aspiración. Realizó tratamiento hospitalario con carbapenems, siendo dado de alta por mejoría posteriormente.

Conclusiones:

La incidencia de derrames pleurales complicados está aumentando entre la población geriátrica. La realización de forma precoz de una TAC torácica es útil para evaluar la severidad del derrame y la necesidad de tratamientos más agresivos. El drenaje mediante tubo de tórax está indicado en muchos casos para el tratamiento del empiema.

P-306

VIAJANDO AL PAÍS DE LAS MARAVILLAS

P Cuesta Rodríguez, C Longo Alonso, A Langa Fernández, N Rincón Valero, E Tovar Salazar, A García Noriega, S Suárez Piñera

Hospital de Cabueñes. Gijón, Asturias

Palabras Clave: trastornos de la visión, infecciones por virus Epstein Barr, tonsilitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Niño de 8 años sin alergias medicamentosas y vacunas al día. Como antecedentes destacables constan varios episodios de infecciones amigdalares, restó sin interés. Acude al servicio de urgencias por presentar en los últimos 5 días alteraciones visuales, consistentes en cambios de tamaño en los objetos, personas y partes de su cuerpo, y alteraciones auditivas referidas como gritos de predominio nocturno sin llegar a identificar voces o palabras concretas. A su llegada a urgencias se encuentra afebril, con un triángulo de evaluación pediátrica estable y Glasgow 15. Exploración cardio-pulmonar, abdominal y orofaríngea sin alteraciones. No se objetiva focalidad neurológica. Se realiza analítica (hemograma y bioquímica con PCR) con parámetros dentro de límites normales. La madre refiere que 3 semanas antes del inicio del cuadro, consultó a su pediatra por odinofagia y fiebre, diagnosticándose faringoamigdalitis aguda con Strep-test positivo, recibiendo tratamiento con amoxicilina e Ibuprofeno. Inicialmente se produjo mejoría clínica, con reaparición de la clínica y fiebre 5 días después del inicio del tratamiento, mejorando con tratamiento sintomático. Ante los datos disponibles, y bajo la sospecha de faringoamigdalitis vírica con Strep-test + por posible estado de portador de streptococo, se solicitó serología de Epstein-Barr y se etiquetó de Síndrome de Alicia en el país de las maravillas, presentando resolución espontánea posterior de todo el cuadro.

Conclusiones:

El Síndrome de Alicia en el país de las maravillas se define como un cuadro de trastornos de la percepción visual consistentes en metamorfopsias, micropsias y macropsias, en ocasiones episodios de desrealización o despersonalización. Los pacientes son conscientes de la situación, pudiendo describir su experiencia sin amnesia posterior. Este síndrome puede presentarse en el contexto de migrañas, epilepsia o infecciones víricas como VEB, CMV, Coxsackie o VZV. La etiología más frecuentemente asociada es la infección por VEB. Por este motivo ante todo niño con cuadro clínico compatible y sin signos de focalidad neurológica, se recomienda realizar serología para VEB sin necesidad de practicar de entrada más estudios complementarios, pudiendo ser alta sin tratamiento ya que todos los casos descritos han tenido una evolución benigna en semanas o meses, sin secuelas neurológicas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-307

CUADRO CONFUSIONAL Y DÉFICIT DE FOLATOS

N Molina Osorio (1), I Osorio González (2), E Molina Osorio (1)

(1) Lithuanian University Of Health Sciences, (2) Hospital Clínico San Cecilio. Granada

Palabras Clave: ataxia, convergencia, nistagmo

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Varón de 84 años con hábito enólico de 150 gramos de alcohol al día durante 40 años. Traído a urgencias por presentar molestias occipitales, diplopia, dificultad para la deambulación y alucinaciones auditivas. Presentaba una pérdida ponderal de 20 kg, y privación alcohólica los últimos 2 días. Estaba desorientado y mantenía un discurso sin conexión. A la exploración presentaba oftalmoplejía internuclear superior asimétrica, con imposibilidad para la convergencia y ataxia cerebelosa. Las pruebas complementarias en urgencias, incluida la neuroimagen, resultaron normales. Se inició tratamiento de forma precoz con folatos y tiamina intravenosa. El trastorno neurológico por déficit nutricional en el anciano frecuentemente aparece asociado al alcoholismo crónico. Debe hacerse diagnóstico diferencial con un ictus de tronco del encéfalo. El mecanismo fisiopatológico por el que el déficit de tiamina provoca alteraciones neurológicas se basa en que la vitamina B12 es cofactor de varias enzimas que intervienen en el metabolismo de la glucosa. Su déficit causa daño mitocondrial, acumulación de glutamato y citotoxicidad. Los síntomas más frecuentes consisten en síndrome confusional agudo, alteraciones oculomotrices, ataxia, disfunción vestibular y polineuropatía. Las pruebas de neuroimagen resultan útiles, pero nunca deben retrasar el tratamiento de estos pacientes. El tratamiento constituye una emergencia médica. Si no se trata adecuadamente, puede evolucionar a una demencia irreversible, e incluso provocar la muerte del paciente. En el 80% de los pacientes queda como secuela un déficit permanente de la memoria reciente, y en el 50% de los casos persisten el nistagmo y la ataxia.

Conclusiones:

Se debe considerar el diagnóstico diferencial de encefalopatía carencial en los pacientes con desnutrición, no siempre asociada al alcoholismo crónico. Todos los pacientes con síndrome confusional agudo, alteraciones oculomotrices o ataxia de causa no filiada deberían recibir tratamiento de forma precoz con tiamina intravenosa.

P-308

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO POR PICADURA DE ESCORPIÓN EN UN NIÑO DE 9 AÑOS. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

I Robledo Migallón (1), M Ruiz Ojeda (2), M Blanca Segura (3), F Rico Rodríguez (3), R Hidalgo Gil (4), E Lopera Lopera (4), A López Sánchez (4)

(1) Hospital Comarcal Valle de Los Pedroches. Pozoblanco, (2) Hospital Comarcal Valle de Los Pedroches, (3) Hospital Comarcal Valle de Los Pedroches. Córdoba, (4) Hospital Santa Bárbara. Puertollano

Palabras Clave: ischemic, scorpion, paralysis

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Niño de 9 años que sufre picadura de escorpión en la región plantar del pie derecho, presentando inmediatamente dolor local lancinante y de fuerte intensidad en el sitio de la picadura, que se irradió a los pocos minutos a todo el miembro inferior derecho. Además, presentó somnolencia y vómitos incoercibles que evolucionaron en unas tres horas hematemesis. Seis horas después del cuadro inicial comenzó a presentar inquietud, irritabilidad, trastornos de la conducta, lenguaje incoherente, dificultad respiratoria progresiva e incapacidad para la bipedestación, combinado con desviación del cuello y mirada conjugada a la derecha. Evaluación física: talla: 1.15 m, peso: 19.8 Kg, temperatura: 37.3°C, Tensión arterial: 100/60 mmHg. Frecuencia cardíaca: 138 latidos, frecuencia respiratoria: 69 respiraciones. Palidez cutáneo mucosa, agitación psicomotriz. Murmullo vesicular presente en ambos hemitórax con sibilantes espiratorios y crepitantes inspiratorios en ambas bases pulmonares. Ruidos cardíacos taquicárdicos rítmicos sin soplos, cuarto tono presente. Taquifigmia. Abdomen normal. En la zona del aguijonazo no se observaron signos de inflamación, apreciándose hiperestesia local que se irradia a lo largo de la extremidad. La exploración neurológica demostró ausencia de signos meníngeos, mirada conjugada desviada a la derecha, hemiplejía izquierda directa, reflejos tendinosos disminuidos en hemicuerpo izquierdo y exaltados en el derecho, cutaneoplantar en abanico extensión. Sensibilidad termoalgésica conservada. En resumen, se comprueban las alteraciones neurológicas de síndrome motor deficitario de tipo piramidal, dado por la presencia de hemiparesia en etapa flácida y signo de Babinski a izquierda, parálisis facial izquierda de tipo central, por accidente cerebrovascular isquémico (ACV) del hemisferio cerebral derecho, síndrome de dificultad respiratoria y posiblemente un síndrome de coagulación intravascular diseminada, todas ocasionadas por la picadura de un escorpión. Ingresó en Unidad Cuidados Intensivos, precisando transfusiones y ventilación mecánica durante cuatro días. Desarrolló picos febriles de hasta 39.9°C, sin patrón definido ni evidencias de focos infecciosos. El tratamiento consistió, además de ventilación asistida y transfusiones de plasma fresco y plaquetas, en alimentación parenteral,



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

aminofilina, cimetidina, antiácido, penicilina cristalina y fenitoína. Es extubado y trasladado a planta con sólo la hemiparesia. Después de tres semanas de reposo absoluto se realizó una tomografía computarizada cerebral, comprobándose la presencia de lesión de encefalomalacia córtico subcortical en región fronto-temporo-parietal del hemisferio cerebral derecho que no hace efecto de masa. Se inicia gradualmente rehabilitación con mejoría parcial del cuadro neurológico y con el diagnóstico de: Picadura escorpiónica complicado con: 1. ACV isquémico en hemisferio cerebral derecho, zona fronto-parieto-temporal. 2. Hemorragia digestiva superior. 3. Edema agudo de pulmón no cardiogénico. 4. Síndrome de coagulación intravascular diseminada.

Conclusiones:

Después de una picadura escorpiónica, se observan más comúnmente los efectos cardiotóxicos que los neurotóxicos, siendo los primeros la principal causa de muerte en los pacientes.

P-310

MANEJO DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

C García García, RJ Jiménez López

Hospital Clínico Universitario Virgen de La Victoria. Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga

Palabras Clave: agitation, psychiatric patient, antipsychotics

Historia clínica:

Varón de 64 años, institucionalizado en residencia, independiente para las actividades básicas de la vida diaria, con los siguientes antecedentes personales: Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia, Insuficiencia renal crónica. Anemia multifactorial. Psiquiátricos: Sospecha de trastorno psicótico tipo esquizofrenia versus trastornos de ideas delirantes no estudiado por Salud Mental. -Enfermedad actual: Acude al servicio de Urgencias por cuadro de hiperactividad motora y desorientación, acompañado de ideas consistentes en que ha sufrido acoso y abusos en reiteradas ocasiones por parte de sanitarios y empleados de la residencia donde se aloja. -Exploración física: Consciente, parcialmente orientado, poco colaborador, excitado, agresivo, con falta de control de impulsos y verborreico. Falta de autocuidado, poca higiene. Neurológicamente sin focalidad. Auscultación: Tonos rítmicos, sin soplos audibles. Buena ventilación bilateral. Abdomen y extremidades anodinas. -Pruebas complementarias: Analítica de sangre, destacando hemoglobina 9.3, creatinina 2.23 con filtrado glomerular de 30. Etanol indetectable. Analítica de orina con cuantificación de tóxicos: Positiva para benzodiazepinas. Radiografía de torax: Sin alteraciones. TAC craneal: Sin hallazgos significativos. Juicio clínico: Agitación Psicomotriz. Trastorno de pensamiento con ideas delirantes. -Diagnóstico diferencial: Agitación psicomotriz con origen orgánico (cuadro confusional agudo) o psiquiátrica. -Evolución: Tras la evaluación médica y la emisión de un juicio clínico se instauró tratamiento con contención química: Inicialmente se pautó benzodiazepinas (Clorazepato dipotásico 50mg IM) con escasa respuesta, permaneciendo sintomatología similar a la inicial. Posteriormente, tras explicar opciones terapéuticas a la familia, así como sus riesgos y beneficios, se procedió a administrar un nuevo antipsicótico vía inhalada: Loxapina 9,1 mg, con buena respuesta en escasos minutos. Hora después, pudo ser valorado por Psiquiatría de guardia, sin necesidad de ingreso en unidad de agudos. Se procedió a dar el alta domiciliaria, con cita programada en la Unidad de Salud Mental para estudio e instauración de tratamiento.

Conclusiones:

El abordaje del paciente agitado representa un grave problema tanto asistencial como social en los servicios de urgencias. Por ello, será imprescindible seguir una jerarquía de objetivos: 1. Control de la conducta del paciente, haciendo una valoración de los riesgos así como tomando una actitud adecuada por parte del personal sanitario. 2. Evaluación médica exhaustiva que nos permita discernir entre origen orgánico o psiquiátrico del cuadro, para posteriormente centrarnos en la etiología base. 3. En función de la sospecha clínica y los resultados de las pruebas complementarias solicitadas, se procederá a la instauración de tratamiento.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-312

DOS NEUMOMEDIASINOS DE CAUSA CURIOSA

M Cardenal Falcón (1), MG González Trejo (2), S Comellas Cruzado (3), G Guerrero Martínez (3), JM Fernández Núñez (3)

(1) Hospital Perpetuo Socorro. Servicio de Urgencias. Badajoz, (2) Hospital Infanta Cristina. Servicio de Urgencias. Badajoz, (3) Servicio de Radiología. Hospital Infanta Cristina. Badajoz

Palabras Clave: neumomediastino espontáneo, dolor torácico, enfisema mediastínico

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción.- El neumomediastino o síndrome de Hamman, es la presencia de gas en mediastino. Es raro en adultos y aparece con más frecuencia en varones. Existen causas torácicas y extratorácicas, siendo las más frecuentes las de parénquima pulmonar y esófago, en las que por súbito gradiente de presión hay escape de aire hacia intersticio, especialmente entre planos tisulares. Puede ser espontáneo, traumático o yatrógeno, pudiendo derivar a neumotórax, neumopericardio o neumoperitoneo. A continuación presentamos dos casos de curiosa etiología. Caso 1.- Varón de 21 años sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por molestias faríngeas y laterocervicales, sobre todo a la rotación del cuello, con fiebre de 38,5°C. En la exploración física destaca una hiperemia orofaríngea y mínima crepitación supraclavicular izquierda. En la analítica objetivamos 22000 leucos/ml, siendo el resto de los parámetros normales. En la radiografía de tórax y cuello se aprecia enfisema cervical subcutáneo y neumomediastino, confirmado posteriormente en la TAC toraco-cervical. El gas disecaba la musculatura y los vasos del cuello con extensión al mediastino y afectación incluso del espacio epidural del canal medular. El esofagograma fue normal. El paciente permaneció 24h en el servicio de urgencias y fue alta a domicilio con antibióticos. Caso 2.- Varón de 20 años, que consultó un día después del caso precedente por molestias faríngeas y aumento de las partes blandas del cuello, que se incrementaba al tomar bebidas gaseosas y voz nasal llamativa. En la exploración física destacaba la crepitación en el cuello y parte alta del tórax, siendo el resto de la exploración por aparatos normal. En la radiografía presentaba gran enfisema subcutáneo cérvico-torácico, confirmado por TAC, disecando los planos musculares desde los senos maxilares, descendiendo por el cuello, pared torácica y abdomen hasta L4, con un neumomediastino importante y neumorraquis dorsal alto. El paciente ingresó en el servicio de cirugía torácica para observación durante 48 h.

Conclusiones:

El neumomediastino es un proceso benigno con resolución espontánea en varios días. En los dos casos presentados se daba la circunstancia de que se trataba de 2 universitarios que participaron en un concurso de eructos mientras bebían refresco (maniobras de Valsalva forzadas).

P-314

HIPOPOTASEMIA SEVERA FARMACOLÓGICA

A Pérez Ruiz, RA Serrano Benavente, MC Pérez Hueto

Hospital Comarcal Axarquía. Málaga

Palabras Clave: piperacillin, tazobactam, penicillin, resistant hypokalemia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Anamnesis: Mujer, 58 años, sin alergia a medicamentos conocida. Carcinoma epidermoide de lengua intervenido con posterior tratamiento con radioterapia y quimioterapia que aún continúa. Fístula laterocervical derecha secundaria a radioterapia, con infección permanente por pseudomona en tratamiento con diversos antibióticos, siendo ya utilizada la vía intravenosa. Acude a urgencias por cuadros sincopales acompañados de hipotensión desde la noche previa, sensación febril y salida de moco abundante y maloliente por la fístula desde hace 3 días. Exploración física: tensión arterial indetectable, FC: 110 lpm, SatO2: 99%, T° 37°C. Exploración física anodina salvo tendencia a la obnubilación y la supuración maloliente por la fístula. Pruebas complementarias: hemograma y coagulación normales. En bioquímica: procalcitonina de 5.8 y potasio de 4 mEq/L. Rx de tórax y ECG normales. Se toma muestra para cultivo. Juicio clínico: Sepsis con origen la infección de fístula laterocervical derecha. Evolución: La paciente es ingresada en UCI instaurando tratamiento con drogas vasoactivas y Piperacilina/Tazobactam. Recupera estabilidad hemodinámica en 24 horas pero continúa con debilidad intensa y progresiva, asociada a hipopotasemia severa llegando a los 4 días a niveles de potasio de 1.5 mEq/L. Se retira el antibiótico, instaurando tratamiento con Cefepima y Gentamicina (tras ver resultado del cultivo) y con altas dosis de cloruro potásico. Desde este momento, la paciente presenta importante mejoría clínica siendo dada de alta a las 2 semanas con niveles de potasio de 4,5 mEq/L. Discusión: La Piperacilina es un derivado aminobencilo-penicilina usado para el tratamiento de infecciones por organismos anaerobios y gran negativos. Es generalmente bien tolerado y se considera seguro. Dentro de sus efectos adversos, la Piperacilina puede provocar hipopotasemia severa y alcalosis metabólica por disfunción tubular.

Conclusiones:

Debido a su actividad antibacteriana de amplio espectro, Piperacilina/Tazobactam está siendo utilizado cada vez más en el ámbito hospitalario. Hay que tener en cuenta que, aunque las funciones renal y hepática sean normales y no se usen medicamentos como laxantes, diuréticos, etc, Piperacilina/Tazobactam puede causar hipopotasemia severa y complicaciones peligrosas para la vida tales como arritmias cardíacas. Por tanto, la evaluación de electrolitos de forma periódica debe realizarse en pacientes que están recibiendo esta medicación.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-316

CAUSA DE MUERTE SÚBITA EN LOS NIÑOS. MIOCARDIOPATÍA DILATADA

JM Krivocheya Montero, BI Corbi Pino, M Jimena García,
FJ Alonso López, F Bernal Miguel, K Burrahay Anano Hach-Driss

Urgencias. Hospital Comarcal de Melilla

Palabras Clave: ecocardiografía, fallo cardiaco, troponina

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente varón de 17 meses acude a Urgencias por cuadro de fiebre de 4 días de evolución acompañada en los dos últimos días de diarrea, tos y dificultad respiratoria. ANTECEDENTES PERSONALES: Embarazo y parto dentro de la normalidad, calendario vacunal acorde a su edad. Refieren los padres disnea de esfuerzo desde el primer año de vida sin estudio alguno EXPLORACIÓN FÍSICA: Peso 9,600 Kg, TA 109/56, Saturación basal 97%, temperatura 40,1°C, FC 188 lpm, FR 70 rpm BEG, palidez cutánea, escaso panículo adiposo, discreta sequedad de mucosas. Abombamiento del hemitorax izquierdo, rinorrea anterior y posterior Auscultación cardiaca: Taquicardia, ritmo de galope, soplo sistólico 1/6 Auscultación respiratoria: Hipoventilación en base pulmonar derecha, no roncus ni sibilancias Abdomen: Reborde hepático palpable a 2-3 cm PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Analítica general: Bioquímica: Sodio 133, cloro 100, PCR 16,6 Hemograma: Hemoglobina 8,90, hematocrito 26,70, VCM 65, HCM 21,70, fórmula leucocitaria normal Radiografía de tórax: Infiltrado alveolar derecho con ICT de 0,65 (cardiomegalia) EVOLUCIÓN: Ante estos resultados, avisamos al Pediatra de Guardia que realiza ingreso realizando nuevos estudios complementarios Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 150, grandes complejos isodifásicos de V3 a V5 Analítica con elevación de troponina ultrasensible (0,05) Ecocardiograma en UCI: Gran dilatación del ventrículo izquierdo, con pobre contractilidad (FE<lt,20%), insuficiencia mitral sin otras anomalías Recibe tratamiento con oxigenoterapia, Cefotaxima, Furosemida y Antitérmicos. Se produce una buena evolución clínica con mejoría de la taquicardia, del estado general y del distres, trasladándose posteriormente a Servicio de UCI Pediátrica que confirma el diagnóstico siguiente: DIAGNÓSTICO: Miocardiopatía dilatada por coartación aórtica DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. En este apartado hacemos una revisión de las causas de fallo cardiaco en niños: Cardiomiopatía, miocarditis, isquemia miocárdica, arritmias (bloqueo neonatal completo, taquicardia supraventricular, flutter y fibrilación auricular, taquicardia auricular ectópica), uso de antraciclina, sepsis, fallo renal, defectos de septos atrioventricular, ventricular y atrial, ductus arterioso, ventana aorto-pulmonar, estenosis de la aorta y la pulmonar.

Conclusiones:

Escogemos este caso por: Rareza del cuadro con una incidencia de 2-8 casos/100000 habitantes y prevalencia de 36 afectados/100000 habitantes. En Urgencias ante una disnea en niños no debemos dejar pasar las causas cardiológicas. Debemos tener en cuenta que estas patologías son origen de muerte súbita en ese momento o a posteriori.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-317

LOS NIÑOS NO SE MAREAN

AM Aragón Merino (1), B Arribas Entrala (2), MJ Jurado Mancheño (1), MA Fandiño Márquez (1), M Neila Iglesias (1), T Araujo García (1), P Pascual Moreno (1)

(1) Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres, (2) Centro de Salud Actur Sur. Zaragoza

Palabras Clave: neurology, dizziness, astrocytoma

Historia clínica:

Niña de 2 años y 7 meses de edad que acude a Servicio de Urgencias derivada al presentar cuadro de mareo e inestabilidad de 48 horas de evolución coincidiendo con cuadro catarral. Como antecedentes, embarazo y curso normal, parto instrumental. Peso Recién Nacido: 3380 gr. Vacunas al día, y hasta ahora ningún evento de interés. EXPLORACIÓN FÍSICA: Anodina, afebril, destacando neurologicamente bipedestación estable, marcha inestable con caída a la izquierda de manera puntual sin aumento de base de sustentación ni equinismo, y llanto al cambiar de sedestación a decúbito supino por sensación de caída, sin nistagmo evidenciable. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: VERTIGO PAROXISTIGO PERIFÉRICO BENIGNO LABERINTITIS SEROSA ALTERACIÓN METABÓLICA INTOXICACIÓN ENCEFALITIS CEREBILITIS AGUDA TUMORAL ESTUDIO: Se ingresa a la paciente para observación y estudio para descartar episodio de vértigo periférico u origen central. Clínicamente durante su ingreso: episodios paroxísticos de lateralización a la izquierda en la marcha, sin ataxia, ingesta adecuada, mantiene sueño sin episodios de sensación de caída. Analítica con parámetros dentro de la normalidad. Se le realiza estudio de imagen con resonancia magnética nuclear, donde se evidencia PROCESO EXPANSIVO DE FOSA POSTERIOR-VERMIS SUPERIOR CON HIDROCEFALIA OBSTRUCTIVA, POSIBLE ORIGEN NEUROECTODERMAL SIN EVIDENCIAS DE IMPLANTES. Se realiza intervención quirúrgica con resección completa tumoral, con anatomía patológica de astrocitoma pilocítico grado I de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y como secuela, mutismo acinético (en tratamiento con bromocriptina, con respuesta parcial), con parálisis facial y oculomotora izquierda, y hemiparesia izquierda, con buena respuesta a la rehabilitación.

Conclusiones:

Pocas cosas tienen un significado más ambiguo en Medicina que el vocablo 'mareo'. El problema se complica más aún cuando se trata de pacientes pediátricos. Generalmente, abarca una clínica y causas amplias: ataxia, vértigos periféricos, desequilibrio, tóxicos, tumores, etc. Los tumores astrocíticos representan aproximadamente el 40% de todas las neoplasias del Sistema Nervioso Central (SNC) de la edad pediátrica. La clínica depende de la localización. Aproximadamente 15 a 25% son astrocitomas de bajo grado y los casos donde la resección quirúrgica es amplia o total, sin evidencia de implantes, ofrece excelentes tasas de supervivencia sin necesidad de tratamiento adicional.

P-318

DISFONÍA EN URGENCIAS

N Balbas Brígido (1), JM Lanza Gómez (2)

(1) 061. Cantabria, (2) Hospital Marqués de Valdecilla

Palabras Clave: disnea, neumomediastino, enfisema subcutáneo

Historia clínica:

Varón de 22 años con antecedentes personales de asma en tratamiento de base con corticoide inhalado, que acude a urgencias por cuadro de disfonía de 24 horas de evolución (dice que habla raro), tras acceso de tos seca y disnea que precisó salbutamol inhalado. No relata dolor torácico, fiebre ni clínica infecciosa en días previos. A la exploración física el paciente está eupneico, saturando 99%, estable hemodinámicamente, con auscultación cardiopulmonar normal, destacando crepitación cervical lateral izquierda. Se solicita radiografía de tórax visualizando imagen de neumomediastino con enfisema subcutáneo cervical izquierdo. La analítica no evidencia alteraciones. Ante los resultados de la radiografía se realiza TAC torácico que confirma neumomediastino sin neumotórax con fuga aérea hacia región cervical izquierda. Se inicia tratamiento de soporte con oxigenoterapia y reposo más analgesia quedando ingresado en Observación de Urgencias. Evolución favorable con resolución del neumomediastino en 2 días pudiendo ser dado de alta a su domicilio.

Conclusiones:

El Neumomediastino espontáneo es un síndrome clínico caracterizado por la presencia de aire en el espacio mediastínico sin que exista una causa traumática o quirúrgica previa. Su frecuencia se estima muy baja. Aparece más frecuentemente en varones adultos de 20-30 años. Los desencadenantes habituales son la tos, el ejercicio físico y el consumo de drogas. Generalmente es producido por la rotura de alveolos pulmonares debido a un aumento súbito de la presión alveolointersticial, escapando aire al intersticio, y de ahí difunde al mediastino pudiendo disecar planos extendiéndose a región cervical. El síntoma más frecuente de presentación es el dolor torácico, seguido de su asociación con disnea y de la disnea aislada. La radiología simple de tórax permite la confirmación diagnóstica y el seguimiento del curso clínico. Actualmente no se considera necesaria la realización de tomografías computarizadas para el manejo de este proceso ni tampoco la realización de esofagograma. El tratamiento se basa en suplemento de oxígeno, reposo y analgesia.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-319

MIOSITIS AGUDA BENIGNA EN LA INFANCIA

I Vigil Mejía, M Orgambides Domingo, C Sebastia Puerta

Hospital de Sagunto. Valencia

Palabras Clave: miositis, mialgias, viriasis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Niña de 5 años de edad con cuadro de fiebre de 4-5 días de 39°C, con menor grado las últimas 24 horas. Hace 24 horas inicia con dolor en ambas piernas que le dificulta la deambulación con sensación de pérdida de fuerza en ambas piernas en las últimas 8 horas. No otros síntomas. A la exploración física buen estado general, con dolor a la palpación de grupos musculares, sin signos de inflamación, reflejos osteotendinosos normales. Hemograma hemoglónica 12,4 y leucopenia de 4,600. Bioquímica con función renal conservada, PCR menor de 1 y se destaca Mioglobina 482 y CK de 2016. Sedimento de orina normal. Se inicia tratamiento sintomático con reposo en domicilio, analgesia antipirética, antiinflamatorios y seguimiento en consultas externas de pediatría especializada.

Conclusiones:

La miositis benigna aguda de la infancia se caracteriza por mialgias con elevación de CPK a la semana de haber pasado de un episodio viral. Es un raro síndrome clínico frecuente que se asocia a cuadro viral mas frecuente por virus de la Influenza tipo A y B. Aunque hay otros virus como Rotavirus, Coxsackie que también podrían ser causa. El tratamiento es sintomático que se puede enviar al domicilio y seguimiento por pediatra

P-320

ICTERICIA EN LA EDAD PEDIÁTRICA. UNA COINFECCIÓN DE MUY POCA PREVALENCIA

BI Corbi Pino, JM Krivocheya Montero, MG Angosto Dionis, K Amar Al-Lal, L Rodríguez del Prado, AM Corbi Sierra

Urgencias. Hospital Comarcal de Melilla

Palabras Clave: coinfección, hepatitis, VHA, VEB

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente mujer de 10 años que acude al SUHC por decaimiento, dolor abdominal, vómitos, fiebre y anorexia de cuatros días de evolución. Orinas colúricas. No disuria, ni polaquiuria. ANTECEDENTES PERSONALES: No alergias medicamentosas. Embarazo y parto dentro de la normalidad No ingresos hospitalarios EXPLORACIÓN FÍSICA: Constantes vitales: Peso 31 kg. T° 38.7°C, Glucemia 81 mg /dL Piel: Tinte icterico, mucosas secas Neurológico: Consciente, lúcida, orientada, no focalidad neurológica, no meningismo Cardiorrespiratorio: Eupneica, sin cianosis ni tiraje, buena ventilación bilateral, no soplos Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación de forma global, no masas ni megalias EXAMENES COMPLEMENTARIOS: Analítica general: - Bioquímica: Sodio 134, cloro 95, bilirrubina total 3.5, bilirrubina directa 2.4, ALT 3162, LDH 3132, CK 1135. PCR 1.7. Hemograma: Hematíes 5,24. Coagulación: normal. Gasometría venosa: pH 7,51, bicarbonato 34,3, CO2 total 35,6, exceso de bases 10,2 (compatible con acidosis metabólica). Orina: bilirrubina +2, hematíes +1, 500 leucocitos. Sedimento: leucocitos 15-20 con escasos hematíes, Gérmenes. Rx de tórax: No se evidencian condensaciones ni otras alteraciones EVOLUCIÓN: Ante el estado de la paciente se decido ingreso en planta de Pediatría y se completan estudios con realización de analítica serológica el la que se obtiene positividad tanto para Ig G como Ig M del virus de la hepatitis A y del Epstein-Barr y ecografía que revela un aumento discreto del tamaño del hígado Durante su estancia hospitalaria, la paciente evoluciona favorablemente desapareciendo la fiebre y la ictericia, mejorando la función hepática hasta su alta doce días después del ingreso. DIAGNÓSTICO: Hepatitis aguda por coinfección VHA-VEB DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Se plantea con otras causas de ictericia: Afectación hepatocelular: Causas víricas, tóxicas por drogas, autoinmune, metabólicas y otras causas. Afectación de la vía biliar extrahepática: Coledocolitiasis, colangitis, quiste de colédoco, tumores de la vía biliar. Sin afectación hepatobiliar. Síndrome de Dubin-Johnson, síndrome de Rotor, enfermedad de Byler. Sobreproducción de bilirrubina (hemólisis): Anemias hemolíticas inmunes y no inmunes. Defectos de la conjugación: síndrome de Gilbert, síndrome de Crigler-Najjar tipo II.

Conclusiones:

Se trata de una ictericia en Pediatría por coinfección VHA-VEB. Esta asociación no es tan conocida como otras coinfecciones virales (VIH-VHC, pero está descrita en la literatura (pocos casos), y por lo tanto debemos tenerla en cuenta a la hora del diagnóstico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-321

CEFALEA CENTINELA

A González San Emeterio, C de León Rivas, A Robles Amieva, D López Fernández, R Hernando Fernández, P Jiménez Sahelices, B Sainz Santos

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras Clave: cefalea, hemorragia subaracnoidea, aneurisma intracranéal

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: La cefalea es un motivo de consulta frecuente en Urgencias. Una buena historia clínica y exploración física representan la base para realizar un correcto diagnóstico diferencial y descartar una cefalea secundaria que, sin un correcto tratamiento, pondría en riesgo la vida del paciente. La hemorragia subaracnoidea (HSA) por rotura de un aneurisma se produce en 6-16/100.000 habitantes y supone el 0.4-0.6% de las muertes. **OBJETIVO:** Uno de los síntomas clave de presentación en la HSA es la cefalea, entre las que distinguiremos dos tipos, aquella producida por la propia hemorragia (aguda, con irritación meníngea y de máxima intensidad en menos de 1 min), y la cefalea centinela (por un pequeño sangrado subaracnoideo, súbita y con recuperación posterior, que podría ser predictiva de una HSA en las próximas semanas o meses). La sospecha de dicha cefalea centinela es imprescindible para su correcto seguimiento y tratamiento precoz. **PACIENTE Y MÉTODO:** Varón 48 años. Antecedentes de AIT (2004) y dislipemia. RMN 2015 normal. Tratamiento: Adiro 100, Rosuvastatina. Acude a Urgencias por cefalea de inicio súbito hace 30 minutos, muy intensa y que cede parcialmente tras la toma de Paracetamol. Asocia parestesias hemifaciales izquierdas. Niega otra clínica. Exploración: EVA 10/10. Anisocoria reactiva (midriasis pupila derecha). Resto de exploración neurológica y sistémica normal. TA 148/79, FC 82, afebril. **RESULTADOS:** Hemograma y Bioquímica normal. AngioTAC: Aneurisma sésil de 2.5 mm en arteria comunicante anterior. Punción lumbar: normal a las 12 horas. Juicio clínico: Cefalea centinela. Plan: observación hospitalaria 48 horas e interconsulta a Radiología urgente/preferente.

Conclusiones:

Ante la sospecha de una cefalea secundaria debida a una HSA se debe realizar un TAC craneal pudiendo asociarse a una punción lumbar. La cefalea centinela es producida por un pequeño sangrado subaracnoideo y se caracteriza por ser de inicio súbito con una duración de menos de una hora y sin detectarse signos de HSA en las pruebas de imagen. Se considera predictor de una futura HSA en las semanas o meses siguientes por lo que deberemos tratarlo como tal y derivar al paciente a Neurociugía/Radiología Intervencionista para realización de una arteriografía y un correcto tratamiento de la causa.

P-322

OSTEOCONDROMA COSTAL EN UN PACIENTE DE 13 AÑOS, SU MALIGNIFICACIÓN ES POSIBLE

R Portugal Rodríguez, I Arribas Montero, D Gabaldón Pastor, C Ruiz Hierro, E Portugal Rodríguez, M Cuervas-Mons Tejedor

Hospital Universitario de Burgos. Burgos

Palabras Clave: condrosarcoma, hueso, tumor

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: El osteocondroma constituye el 20-50% de los tumores benignos y entre el 10-20% de los tumores primarios del hueso. El 70% se manifiestan entre la segunda y tercera década de la vida con predominio en el sexo masculino (3:1). Pueden desarrollarse en cualquier hueso del esqueleto, preferentemente en las metáfisis de hueso largos, de forma solitaria o múltiple. La malignización de un osteocondroma es muy infrecuente, menor del 1%. **CASO CLÍNICO:** Presentamos el caso clínico de un varón de 13 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por dolor torácico derecho de un mes de evolución. La exploración física revela una protrusión dolorosa a la palpación a nivel del tercer arco costal derecho. El estudio de imagen informa la presencia de una lesión osteocondral (45x46x37 mm) dependiente del tercer arco costal derecho con afectación perilesional de partes blandas, compatible con osteocondroma. Biopsia por punción aspirativa de la lesión sin datos de malignidad. Ante la clínica de dolor se realiza tratamiento quirúrgico mediante exéresis completa de la masa, con márgenes de seguridad. El estudio anatomopatológico informa la lesión como condrosarcoma bien diferenciado sobre un osteocondroma. Realizado estudio de extensión sin presencia de lesiones a otros niveles.

Conclusiones:

La presencia de un osteocondroma de gran tamaño o la presencia de datos clínicos como dolor obliga a descartar su transformación sarcomatosa. En los condrosarcomas bien diferenciados el tratamiento definitivo si es posible, es la resección quirúrgica con amplios márgenes de seguridad, con una tasa de recidiva posterior de aproximadamente 2%.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-323

SÍNDROME DE BOERHAAVE O RUPTURA ESPONTÁNEA DE ESÓFAGO: CLAVES PARA UN DIAGNÓSTICO PRECOZ EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

M Fernández Díaz, MD Macías Robles, A Fernández San Martín, A Balán Mariño, A Ramos Natal

Hospital San Agustín. Avilés, Asturias

Palabras Clave: síndrome de Boerhaaver, vómitos, dolor torácico

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

El síndrome de Boerhaave (SB) es una ruptura transmural espontánea del esófago por un aumento brusco de la presión intraesofágica durante vómitos violentos. La baja incidencia y clínica a menudo inespecífica (tríada clásica: vómitos, dolor torácico y enfisema subcutáneo, no siempre es identificable) implica que el SB pueda pasar desapercibido inicialmente, lo que representa un desafío diagnóstico y retraso terapéutico (>24-48 horas) que traduce una elevada morbilidad (50-90%) respectivamente. En el Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) es preciso tener presente esta entidad y ante la sospecha desarrollar una estrategia diagnóstica, priorizando una tomografía computarizada torácica (TCT). Metodología: A través de un caso demostrativo de un paciente que tras presentar vómitos, dolor torácico e insuficiencia respiratoria fue diagnosticado de SB, se desarrolla la secuencia seguida en el SUH que contribuyó a un tratamiento precoz y resolución completa. Caso clínico: Mujer de 75 años que después de comer presentó vómitos alimenticios seguidos de dolor interescapular transfixivo, antes de acudir al SUH recibió cafinitrina y cloruro mórfico sin mejoría. Exploración física: consciente, obnubilada, afebril, pulsioximetría con mascarilla-reservorio: 90%, TA: 110/60 mmHg, rítmica: 110 l/min sin soplos ni rones. Hipoventilación en hemitórax izquierdo, sin enfisema subcutáneo. Exploraciones complementarias: hemograma, coagulación, PCR y tropoina normales. Procalcitonina 7,33 ng/L, lactato 36 mg/dL. Gasometría arterial: acidosis mixta. ECG: taquicardia sinusal. Radiografía tórax: opacificación del hemitórax izquierdo. TCT: aorta normal, neumomediastino, aire periesofágico, hidroneumotórax izquierdo con contenido heterogéneo y atelectasia completa de III y llingula. Diagnóstico diferencial en SUH: disección aortica, síndrome coronario agudo, tromboembolismo pulmonar y neumonía aspirativa. Evolución: ante la inestabilidad respiratoria se realizó intubación orotraqueal, drenaje torácico con contenido alimenticio, previa profilaxis con piperacilina-tazobactam, a las 4 horas de acudir al SUH fue intervenida con sutura transtorácica del desgarro esofágico (3-4 cm cara posterolateral izquierda) con drenaje mediastínico y pleural. Tras 21 días de ingreso (11 en UCI) fue alta sin complicaciones posteriores.

Conclusiones:

El SB debe participar en el diagnóstico diferencial del dolor torácico en SUH en pacientes graves que hayan presentado vómitos previos. El tiempo entre el evento, el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico precoz resultó crítico en el buen pronóstico de la paciente.

P-325

SE TRATA DEL CRITERIO

A Egea Huertas, MJ Fernández Rodríguez, G Alonso Sánchez, MH Vidal Giménez, FJ Fernández Valero, TR Álvarez Balseca

Hospital Comarcal del Noroeste. Molina de Segura, Murcia

Palabras Clave: vértebras cervicales, tomografía computarizada por rayos X, apófisis odontoides

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Acude a urgencias una mujer de 84 años refiriendo cervicalgia, parestesia occipital izquierda y desviación del cuello de un mes de duración, fruto de un traumatismo cervical por impacto directo no valorado hasta la fecha y por el que está en tratamiento con analgésicos. Radiográficamente el médico de urgencias valora listesis de C2 y rectificación cervical y solicita TAC cervical que resulta desestimado por el radiólogo de guardia localizada quien propone posponerlo al día siguiente, motivo por el cual se da el alta consensuada con el paciente con diagnóstico de tortícolis con posible lesión cervical superior. Esa misma noche la paciente refiere una nueva caída, sufriendo nuevo traumatismo cervical. Al día siguiente el TAC se informó como fractura de lámina derecha de C1, fractura de apófisis odontoides y luxación posterior de la misma. Motivo por el cual se derivó al paciente al hospital de referencia para intervención quirúrgica.

Conclusiones:

Los médicos de urgencias son los primeros que ven al paciente, le exploran y valoran las primeras pruebas complementarias. Muchas veces el hecho de pedir ayuda a otro especialista sea el que sea, se convierte en un examen olvidando en ocasiones, que al final lo que está en juego es la salud del paciente. En este caso, esta mujer fue dada de alta con una fractura que podría haberle ocasionado una lesión medular que le costase la vida. Un médico de urgencias debe tener criterio y ha de saber imponerlo cuando lo crea oportuno, mas allá de egos y disputas interprofesionales.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-326

MANEJO CONSERVADOR DEL NEUMOTÓRAX. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA TORÁCICA

JM Lanza Gómez (1), N Balbas Brígido (2)

(1) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, (2) O61.
Cantabria. Santander

Palabras Clave: neumotórax, disnea, pulmón

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Niña de 11 años de edad con antecedentes personales de Asma sin tratamiento de fondo, con salbutamol a demanda. Acude a Urgencias por dolor en hemitórax derecho y sensación de disnea de unas 48 horas de evolución, que no mejora con Salbutamol. Refiere cuadro catarral la semana previa con tos asociada, y febrícula, auto-limitada. No relata ninguna otra sintomatología asociada. Se realiza Rx tórax donde se evidencia neumotórax derecho moderado, con desplazamiento de mediastino, sin inestabilidad hemodinámica. Se decide traslado a la Unidad para monitorización, vigilancia estrecha y eventual drenaje del mismo. Exploración Física: PRISM : O T° 36,6 TA 110/80 FC 100 FR 30 Sat 100 con GN a 2 litros. Buen estado general, frialdad distal, ligero enlentecimiento del relleno capilar. Sin sensación disneica, sin trabajo respiratorio. AC: rítmica, sin soplos. AP: hipofonesis en hemitórax derecho, murmullo vesicular conservado izquierdo. Abdomen: anodino. Pruebas complementarias: Rx tórax: Neumotórax derecho de moderada cuantía (aproximadamente 1 cm de grosor) que condiciona desplazamiento de las estructuras mediastínicas hacia el lado contralateral y con atelectasia del IM asociada. Hemograma: 6200 leucos (61,3% S, 28,1% L), Hb: 13,8 g/dL, Hto: 39,9%, 270000 plaquetas. E. coagulación: TP: 76%, TTPA: 30,5 s, INR: 1,15, Fibrinógeno: 311 mg/dL. Radiometer venoso: pH: 7,39, pCO₂: 41,3, HCO₂: 24,2, Sat O₂: 69,9%. A su ingreso se procedió a monitorización y oxigenoterapia de alto flujo permaneciendo estable a todos los niveles. Se decide mantener una actitud expectante con respecto al drenaje del mismo ya que la paciente está eupneica y sin clínica asociada. Se realiza ecografía torácica seriada por turno a cargo de los médicos responsables, en aras de no radiar a la paciente, como seguimiento del neumotórax. Es dada de alta a los 4 días de su ingreso sin necesidad de drenar el mismo, persistiendo al alta una mínima lámina de neumotórax apical.

Conclusiones:

La ecografía torácica presenta una gran utilidad en el diagnóstico, seguimiento y resolución de la patología pleural. En los niños, por la radiación asociada con las radiografías seriadas, puede tener un papel mayor aunque se debe realizar y valorar los resultados correctamente.

P-327

SE HA CAÍDO EL ANCIANO... ¿FRACTURA VERTEBRAL?

I Gabantxo Laka, E Naberan Oñarte-Etxebarria, J Iza de Pablo,
I Viadero Ipenza, A Muñecas Cuesta, A Alday Beraza, C Egia
Gandarias

Servicio de Urgencias. Hospital Gernikis Lumo. Gernika

Palabras Clave: odontoid fracture, cervical spine, elderly

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción: La fractura de odontoides es la fractura más frecuente de la columna cervical en ancianos, siendo el mecanismo más frecuente la caída. La clínica oscila desde leves molestias cervicales hasta tetraplejía o incluso la muerte. Para el diagnostico son necesarias pruebas de imagen. En su tratamiento existen terapias quirúrgicas y no quirúrgicas. Objetivo: Ante caídas en ancianos sospechar siempre la posibilidad de fracturas cervicales para una correcta y temprana inmovilización cervical, y mejorar el pronóstico. Metodología: Se realiza revisión bibliográfica de fracturas de odontoides y su relación en los ancianos, utilizando textos de medicina basada en la evidencia, guías de práctica clínica y artículos originales. Paciente: Varón de 83 años con antecedentes de hipertensión, cardiopatía isquémica, portador de marcapasos DDD, leucopatía isquémica crónica y portador de prótesis ortopédica en extremidad inferior izquierda. Acude a urgencias por traumatismo facial y dolor cervical sin focalidad neurológica añadida tras caída casual. A la exploración Glasgow 15, hematoma supraorbitario izquierdo y dolor en apófisis espinosas de zona cervical. Resto de exploración y Analítica anodina. En radiografía cervical se objetiva anterolistesis de C2 por lo que complementamos estudio con TAC cráneo-cervical: Fractura completa base odontoides con anterolistesis del cuerpo, Hematoma epicraneal supraorbitario sin complicaciones intracraneales. Ante los hallazgos, se contacta con servicio de neurocirugía del Hospital de referencia donde se traslada al paciente con correcta inmovilización de la columna cervical. Durante el ingreso, comienza con déficit motor en extremidad superior izquierda. Es valorado por unidad de medulares quienes desestiman cirugía por riesgo quirúrgico alto. Se opta por tratamiento conservador con inmovilización cervical y tratamiento fisioterápico. Es dado de alta a una unidad residencial socio sanitario.

Conclusiones:

Ante caídas en ancianos sospechar siempre la posibilidad de fracturas cervicales. Para ello, es importante realizar una anamnesis, exploración física y neurológica, y pruebas de imagen correctas, para diagnosticar lesiones vertebrales de gran importancia de manera rápida y optar por tratamiento precoz e individualizado que proporcione mejor beneficio funcional con menor riesgo asociado.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-328

EPIGLOTITIS AGUDA EN ADULTO CON OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA

MD Macías Robles, M Fernández Díaz, R Delgado Sevillano,
CM Martínez Fernández, L Hernández Sánchez, A Fernández San Martín

Hospital San Agustín. Avilés, Asturias

Palabras Clave: epiglotitis, adulto, obstrucción vías aéreas

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

La epiglotitis aguda del adulto (EAA) es la forma más grave de laaringitis aguda. Aunque la epiglotitis es típica de la edad pediátrica, la incidencia se mantiene estable en adultos (un caso/100.000 habitantes/año) mientras que en niños por la vacunación anti-Haemophilus, ha disminuido. Clínicamente la EAA es diferente al niño, porque el inicio menos agudo es precedido habitualmente por una infección de las vías respiratorias altas (IVRA). Presentamos la estrategia diagnóstica y terapéutica seguida en el Servicio de Urgencias (SU) en un paciente con obstrucción de vía aérea. Varón de 42 años, que tres días antes había debutado con IVRA, por el que no consultó, con odinodisfagia de poca intensidad. El día del ingreso, sin atragantamiento previo, llamó a la puerta del vecino con las manos en el cuello, quien avisó al 112. El equipo de la UVI móvil lo encontró inconsciente, con pulso, cianosis central y sialorrea, no objetivando cuerpo extraño, tras ventilación con ambú-bolsa-mascarilla recuperó el conocimiento y respiración espontánea, objetivando voz gutural, se administraron 300 mg de hidrocortisona, 5 mg de dexclorfeniramina y 5 mg de adrenalina nebulizada. Llegó al SU hemodinámicamente estable, T°37,1, pulsioximetría 99% con mascarilla-reservorio, estridor inspiratorio, mala tolerancia al decúbito dorsal, dolor a la movilización de cuello, no enfisema, ni masas palpables cervicales, auscultación cardiorrespiratoria normal. Hemograma: 27900 leucocitos con 20% de cayados. La tomografía computarizada (TC) cervical con contraste (partes blandas) de urgencia demostró engrosamiento de pliegues y grasa ariepiglotícos, absceso de 15 mm en la epiglotis y estenosis de la vía aérea. Ingresó en la UCI para intubación orotraqueal profiláctica, no siendo posible por lo que se realizó traqueotomía de urgencia. Los hemocultivos, aspirado traqueal y exudado orofaríngeo fueron negativos. Se administraron ceftriaxona y corticoides. La evolución fue favorable siendo alta a los 15 días sin presentar incidencias.

Conclusiones:

En la EAA la TC juega un papel fundamental para evaluar la inflamación de tejidos blandos. El control de la vía aérea mediante intubación orotraqueal o traqueotomía está indicado cuando aparecen signos de obstrucción, principal complicación de la EAA. El diagnóstico y tratamiento precoz resultó crítico en el buen pronóstico del paciente.

P-329

AGITACIÓN EN PACIENTE PLURIPATOLÓGICO Y CONSUMIDOR DE COCAÍNA

RJ Jiménez López, C García García

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Palabras Clave: agitation, cocaine, antipsychotics

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 42 años de edad que acude al servicio de urgencias por presentar sensación de palpitaciones, temblor y nerviosismo de doce horas de evolución. No refiere dolor torácico ni cortejo vegetativo. No otra sintomatología. Viene acompañado por su mujer, que refiere que desde el día anterior por la noche se encuentra agresivo, vervallo, con amenazas domésticas. El paciente admite que ha consumido cocaína dos días atrás. Se ha tomado más clorazepato dipotásico del pautado por su cuenta sin mejoría. Antecedentes personales: IAM en 2014. Síndrome ansioso-depresivo. Bebedor, fumador y consumidor de cocaína. Exploración física: Buen estado general. Bien hidratado y perfundido. Auscultación cardiopulmonar rítmico sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen globuloso. Blando depresible sin signos de irritación peritoneal. Exploración neurológica normal. Pruebas complementarias: - Analítica de sangre: Destaca 16900 Leucocitos, con 13800 neutrófilos, y proteína C reactiva 26. Enzimas cardíacas negativas. - Tóxicos en orina: Positivo para Benzodiazepinas y Cocaína. - Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 130 lpm, Bloqueo incompleto de rama derecha del Haz de His sin otras alteraciones de la repolarización. Eje O - Radiografía de tórax: Sin hallazgos radiológicos significativos Juicio clínico: Agitación psicomotriz. Diagnóstico diferencial: Episodio maníaco. Infarto agudo de miocardio. Consumo de tóxicos. Evolución: El familiar del paciente acude a la consulta mientras se encuentra en la espera de las pruebas complementarias para solicitar ayuda. Su marido se encuentra muy agitado y amenazando a otros pacientes. Tras realizar contención verbal y el paciente aceptar ayuda para estar más calmado, se le pauta loxapina inhalada 9,1 mg. Tras esto el paciente se encuentra sin agitación a los 10 minutos, reevaluándolo a la hora estando asintomático Es valorado por el equipo de psiquiatría, y el paciente es dado de alta acudiendo en los próximos días para valoración por su psiquiatra habitual.

Conclusiones:

La agitación psicomotriz es una urgencia médica y se trata de una situación frecuente en la urgencia psiquiátrica. El abordaje del paciente agitado debe ser a través del control de la conducta del paciente, la evaluación médica e instaurar tratamiento. Esto hará posible una buena entrevista clínica psiquiátrica posterior. Un buen control de la agitación evita el peligro que se produce tanto al propio paciente, como a familiares y a otras terceras personas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-330

CEFALEA, ESTUPOR Y CONVULSIÓN COMO PRESENTACIÓN DE TROMBOSIS DE SENO LONGITUDINAL SUPERIOR

C Jiménez Hidalgo, J Gallardo Bautista, ME Oncala Sibajas, JI Gálvez San Román, C Bueno Mariscal, C Navarro Bustos

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Palabras Clave: headache, cerebral venous thrombosis, alarm signs

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción: La cefalea constituye la tercera causa de motivo de consulta neurológica en urgencias, pero sólo un 10% son secundarias, y solo un 10% de éstas, las potencialmente graves Historia clínica: Paciente de 28 años tomadora de anticonceptivos orales, que acude a urgencias con cefalea súbita, que le despierta por la noche. Durante su estancia en urgencias destaca la disminución progresiva del nivel de conciencia y la presentación de una crisis convulsiva tónico-clónica. Posteriormente la paciente presenta una hemiparesia derecha Exploración: Consciente, Inicialmente bradipsíquica y posteriormente estuporosa, estable hemodinámicamente, hemiparesia derecha, desviación ocular a la izda. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Resto de la exploración sin hallazgos significativos Pruebas complementarias: A su llegada a urgencias se realiza TAC CE: sin hallazgos, y hemograma, bioquímica y coagulación: normales. Se realiza Punción lumbar: normal Posteriormente TAC CC: Hiperdensidad en seno longitudinal superior que no confirma trombosis. RMN sin y CC: se observa aumento de la señal en seno longitudinal superior, y tras la administración de contraste se aprecia defecto de repleción en su interior. Asimismo, imágenes lineales hipointensas, más llamativas en la región frontal izquierda, que se unen la seno longitudinal superior, pudiendo corresponder a un pequeño componente de sangrado subaracnoideo. Diagnóstico: Trombosis venosa cerebral a nivel de seno sagital superior con extensión a venas corticales frontales izquierdas. Hemorragia subaracnoidea en seno sagital secundaria a trombosis venosa. Infarto venoso frontal izquierdo secundario a trombosis venosa.

Conclusiones:

La trombosis de un seno venoso es responsable de entre un 1-2% de los ictus en adultos, y sólo en el 3% de estos hay una hemorragia subaracnoidea. Las trombosis del seno cavernoso suelen estar asociadas a estados de hipercoagulabilidad y factores hormonales como el embarazo, puerperio o la toma de anticonceptivos orales como el caso que nos ocupa. Siendo una patología infrecuente, además presenta la peculiaridad de no diagnosticarse inicialmente con TAC y precisar una RMN.

A-332

ME DUELE LA PIERNA, DOCTORA (FLEGMASIA CERULEA DOLENS)

M García Rodríguez, A Langa Fernández, B Vilaboy Arias, MJ Rodríguez Ourens, A Piera Carbonell

Hospital de Cabueñes. Asturias

Palabras Clave: flegmasia, trombosis, isquemia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

MOTIVO DE CONSULTA: Dolor Miembro inferior izquierdo ANTECEDENTES PERSONALES: Alérgica a polaramine. Institucionalizada, dependiente, con vida cama sillón. Hipertensión arterial. Asma. Linfoma no Hodgking-T tratado con quimioterapia tipo CHOP en 2014 en respuesta completa. Artritis reumatoide. Intervenciones quirúrgicas: colecistectomía. Eventración umbilical. ENFERMEDAD ACTUAL: Mujer de 83 años que acude por dolor intenso en miembro inferior izquierdo desde esa mañana, acompañado de cianosis, parestesias y disminución de la movilidad. EXPLORACIÓN FÍSICA: Mal Estado General. Muy afectada por el dolor. Buena hidratación, con palidez cutánea. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen anodino Extremidades: miembro inferior izquierdo: cianótico, frialdad distal, pulsos ausentes, dolor a la palpación, importante edema desde la raíz de la extremidad. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Analítica: Hemoglobina 15.1 Plaquetas: 105.000 Leucocitos: 17.57 (N:12.85) Creatinina: 1.50 Urea:43 Sodio: 129 Eco doppler: trombosis venosa completa de los sistemas profundos y superficiales de la extremidad. DIAGNOSTICO EN URGENCIAS Nuestra paciente es diagnosticada de flegmasia cerúlea dolens, un proceso isquémico agudo originado por la trombosis venosa completa de ambos sistemas venosos, superficial y profundo, y que compromete finalmente la circulación arterial. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Isquemia arterial aguda, celulitis/erisipela, síndrome posttrombótico, síndrome compartimental, linfedema, linfangitis. EVOLUCION: La paciente es ingresada para recibir tratamiento con anticoagulación y medidas posturales. A las pocas horas presenta un deterioro de su estado general con disminución de nivel de conciencia y fallo multiorgánico, siendo éxitus menos de 24 horas después.

Conclusiones:

La Flegmasia cerulea dolens (FCD) es una presentación poco frecuente y grave de la trombosis venosa profunda. La FCD se caracteriza por la obstrucción trombótica completa o casi completa del sistema venoso de la extremidad. Esta obstrucción determina la extravasación de fluido al espacio intersticial, provocando el colapso arterial de la extremidad y en casos severos o evolucionados, shock hipovolémico y muerte. Para realizar un diagnóstico correcto son necesarios cuatro signos cardinales: edema, cianosis, dolor y obstrucción venosa severa con compromiso arterial (desaparición de pulsos). A pesar de la gravedad de esta complicación, aún no existen protocolos de tratamiento, siendo por sí solos o combinados los siguientes: 1. tratamiento conservador con anticoagulantes; 2. Trombectomía; 3. Fasciotomía.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-334

SINUSITIS COMPLICADA

**MJ Jurado Mancheño, A Soto Ruan, M Turégano Yedro,
AM Aragón Merino, MA Fandiño Márquez, M Gil Castuera**

Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres

Palabras Clave: frontal sinusitis, epidural abscess, complications

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: Las complicaciones de las sinusitis en la infancia son relativamente raras y suelen consistir en la propagación de la infección/inflamación por contigüidad hacia la órbita, el hueso o el sistema nervioso central. Las más habituales son las infecciones orbitarias, seguidas de las complicaciones intracraneales. Con la mejora de los tratamientos antibióticos dichas complicaciones son inusuales, aunque aún a día de hoy, suponen una entidad importante a ser considerada, sobre todo, en edad pediátrica. **OBJETIVO** Exponemos como caso clínico a un paciente que acude a nuestro Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) tras haber sido diagnosticado previamente de sinusitis y celulitis preseptal, con el fin de dar a conocer los aspectos clínicos más relevantes y sus complicaciones. **MÉTODO:** Niño de 10 años que acude por persistencia de picos de fiebre y cefalea tras ser diagnosticado en días previos de sinusitis frontal y celulitis preseptal secundaria e iniciándose tratamiento con Amoxicilina-clavulánico domiciliario. A la exploración, presentó signos inflamatorios periorbitarios, estando afebril y sin focalidad neurológica. Se ingresó para tratamiento intravenoso, durante el cual tuvo un episodio de alteración de consciencia, somnolencia y desorientación. **RESULTADOS:** Analítica normal salvo ligera leucocitosis con neutrofilia. TAC craneal con absceso epidural frontal izquierdo de 6cmx1,5cmx1cm, sin desviación significativa de la línea media. Se modificó antibioterapia a cefotaxima, vacomicina y metronidazol y se derivó al hospital de referencia. Durante el traslado presentó un episodio de convulsiones que cedió con diazepam IV. Se realizó intervención quirúrgica consistente en trépano y drenaje del absceso, se obtuvieron muestras para cultivo que resultaron negativas.

Conclusiones:

La sinusitis aguda es una entidad candidata a ser valorada en los SUH, que generalmente presenta buena evolución. No por ello está exenta de complicaciones orbitarias como celulitis y absceso periorbitarios, osteomielitis frontal o maxilar y complicaciones intracraneales como absceso epidural, subdural, trombosis del seno cavernoso y meningoencefalitis. Sería conveniente el conocimiento de dichas complicaciones y su manejo.

A-335

MANEJO DE INTOXICACIONES EN NIÑOS. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

EM Fernández Cueto (1), C Sánchez Pérez (1), FJ Calderón Moreno (2), E Schmucke Fortty (1), M García Aroca (1)

(1) Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena, (2) Servicio de Urgencias de Atención Primaria Algezares. Murcia.

Palabras Clave: intoxicaciones, niños, detergentes

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Niño de 1 año y medio que es traído a urgencias hospitalarias por su madre tras ingesta de detergente aproximadamente hace 30 minutos, posteriormente a la ingesta vómitos de repetición sin productos patológicos, mal estado general y llanto incoercible. Exploración Física: Buen estado general. No distrés respiratorio. Auscultación cardíaca: rítmico, sin soplos. Auscultación pulmonar: Ventilación homogénea, no ruidos patológicos. Abdomen: Blando y depresible. No masas ni megalias. Piel normal. Evolución: Se contacta con toxicología quien indica vigilancia respiratoria por si vómitos y líquidos azucarados ya que el tóxico ingerido contiene alcoholes y tensioactivos no aniónicos <5%. (No está indicada la realización de descontaminación del tubo digestivo ni la administración de antídotos). Adecuada tolerancia durante su estancia hospitalaria. Se mantiene estable y se decide alta.

Conclusiones:

Las intoxicaciones representan la segunda causa de accidentalidad en la edad pediátrica. Su número se encuentra en aumento debido a la gran variedad de sustancias químicas y farmacéuticas de presencia habitual en nuestro entorno. Los productos con tensioactivos aniónicos y noiónicos tienen escasa o nula toxicidad, salvo algunos detergentes para máquinas lavavajillas que por su contenido en sosa cáustica se comportan como cáusticos alcalinos. La ausencia de complicaciones tras la ingesta de estos productos sugiere que podrán ser dados de alta tras exploración, o bien tras un corto período de observación.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-337

SÍNDROME MICCIONAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE PATOLOGÍA INSOSPECHADA

JM Ferreras Amez (1), B Arribas Entrala (2), A Aragón Merino (3), MA Sarrat Torres (1), AM Castillo Navarro (4)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Royo Villanova, (2) Centro de Salud Actur Sur. Zaragoza, (3) Centro de Salud Zona Centro. Cáceres, (4) Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Palabras Clave: trastornos urinarios, neoplasia de colon sigmoide, anemia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 37 años acude a Urgencias por clínica miccional de tres semanas de evolución acompañado de dolor abdominal en flanco izquierdo para lo que ha recibido tratamiento antibiótico como sospecha de infección del tracto urinario sin mejoría. Exploración física: Abdomen blando no doloroso sin visceromegalias. No exudados uretrales. Testículos normales. Pruebas complementarias: Tira reactiva de orina: ++++ leucocitos, nitritos negativos, hematíes +. Hb 7,7 g/dl, VCM 75, 14.800 leucocitos con desviación izquierda, PCR 15 mg/dL. Diagnóstico diferencial: -Cuadro infeccioso urinario debido a la elevación de la PCR como reactante de fase aguda. -Anemia severa secundaria al proceso infeccioso, pero el enfermo no presentaba sepsis grave o shock séptico. -Neoformación vesical, justificaría la microhematuria y anemia. -Cualquier patología compresiva sobre vejiga y que pueda simular clínica miccional (neoplasias, abscesos intraabdominales). -Anemia microcítica por sangrado crónico. Evolución: Se solicita ecografía abdominal completa donde se visualiza engrosamiento de sigma persistente respecto a estudios previos por diverticulitis sin aportar información concluyente de la etiología del mismo. En esta situación con anemia severa, PCR elevada y engrosamiento de sigma persistente se interpreta el síndrome miccional de etiología compresiva versus infiltrativa por posible neoplasia de sigma. Se cursa ingreso en Medicina Interna y se solicitan estudios complementarios. TAC: engrosamiento e hipodensidad de la pared de sigma, colección abscesificada anterosuperior al sigma y cambios inflamatorios en la cúpula vesical contigua a sigma. Colonoscopia: se toma muestra de biopsia de lesión sugestiva de neoplasia de sigma. Anatomía patológica: Adenocarcinoma mucinoide. Diagnóstico final: Síndrome miccional secundario a infiltración vesical por neoplasia de sigma en estadio T4b N2b M1a.

Conclusiones:

La cirugía practicada fue mediante técnica de Hartmann y resección de cúpula vesical. Existe infiltración de órganos urológicos en el 5-10% de los pacientes, aumentando hasta el 50% en estadios T4. En los casos de afectación urinaria la técnica de elección es la exenteración pélvica total, con una ostomía para la orina y otra para

las heces. Existen pocas series de casos en la literatura, no más de dos o tres, en los que se decide respetar mediante resección parcial la vejiga, con resultados favorables. En la actualidad el enfermo está siendo sometido a quimioterapia en espera de próximos controles.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-338

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS EN URGENCIAS: NÓDULOS PULMONARES BILATERALES

S Neila Calvo, C Salas Pelayo, E Cobo García, A Córdoba Alonso, C Marcote Ibáñez, Z Salmón González, M Lisa Gracia

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras Clave: nódulos pulmonares, metástasis, hipernefoma

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 77 años que acude por tensión arterial mal controlada y dolor abdominal en flanco derecho de 2 meses de evolución. Antecedentes Personales: No alergias. Exfumador moderado. No bebedor. HTA de larga evolución. Hernias discales lumbares. Ca. Próstata hace 5 años tratado mediante radioterapia. EXPLORACIÓN FÍSICA: TA 157/67, FC84. Sat 93% Consciente y orientado. BEG. Eupneico, bien perfundido. CyC: no adenopatías. No ingurgitación yugular. Tórax: AC rítmica sin soplos. AP: hipofonesis generalizada. Abdomen: ligera molestia a la palpación en flanco derecho con hepatomegalia dolorosa. EELL: No edemas ni datos de TVP. Pulsos distales presentes. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Bioquímica: creatinina 0,7. Pruebas de función hepáticas normales. PCR 0,7. Iones normales. Hemograma: 5100 leucos, fórmula normal. Hb 12,3 g/dl. VCM 91. VSG 36. Marcadores tumorales: alfa-fetoproteína, CA 19.9, CA 125 y PSA normales. CEA 13,7, HBCG 7,8 (n <5). ECG: RS a 86 lpm, sin alteraciones en la repolarización. Radiografía Tórax: múltiples nódulos pulmonares, bien delimitados, sin calcificación de tamaño 1,5-2 cm que dan lugar a una imagen compatible con suelta de globos.(aporto imagen radiográfica). Citoología de orina: células uroteliales aisladas con atipias, sospechosas de malignidad. TC de tórax y abdomen: múltiples lesiones nodulares pulmonares ya referidas, adenopatías mediastínicas prevasculares de 2,5x1,2 cm. Hígado con múltiples lesiones focales hipodensas en el lóbulo derecho. Riñón derecho con dos masas quísticas complejas, la más posterior de unos 6 cm con paredes mamelonadas, y otra anterosuperior de 9x7 cm que también sugiere masa quística compleja sospechosa de malignidad. PAAF nódulo pulmonar: Carcinoma no microcítico. DIAGNÓSTICO: Neoplasia diseminada de probable origen renal. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NÓDULOS PULMONARES: 1. Neoplásicas. 2. Inmunológica. 3. Enfermedades profesionales. 4. Infecciones. 5. Enfermedades vasculares.

Conclusiones:

Se llegó al diagnóstico gracias al apoyo de las pruebas de imagen que describían lesiones sugestivas de metástasis en hígado y 2 masas renales. Sin embargo, es importante conocer la exposición laboral porque en ocasiones, el patrón radiográfico se observa en silicosis complicadas aunque ya poco frecuente. Dentro de los tumores que metastatizan y dan imágenes pulmonares en suelta de globos, los hipernefomas son uno de ellos.

A-339

CRISIS DE LLANTO COMO CAUSA DE NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO

R Portugal Rodríguez, M Cuevas-Mons Tejedor, G Aja García, M Rodríguez Miguélez, M Álvarez Calderón, E Portugal Rodríguez, JM Merino Arribas

Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: enfisema mediastínico, llanto, espontáneo

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: El neumomediastino espontáneo es una patología rara en la infancia fuera del periodo neonatal, su incidencia varía entre 1:800 y 1:42.000 de los pacientes que acuden a Urgencias. La mayoría de los casos se da en pacientes con patología pulmonar de base siendo la crisis de ansiedad una de las causas más infrecuentes. El enfisema subcutáneo y la crepitación a la auscultación sincrónica con el latido cardíaco (signo de Hamman) son los datos exploratorios más significativos. La confirmación diagnóstica se realiza mediante radiografía de tórax al evidenciar aire en el mediastino. CASO CLÍNICO: Presentamos el caso de una niña de 8 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por dolor torácico opresivo de 6 horas de evolución tras episodio de llanto intenso. En la exploración física destaca la crepitación a la auscultación en región anterior del tórax sin otros hallazgos. ECG y ecografía cardíaca normales. En la radiografía de tórax se evidencia una línea de aire ectópico confirmando el diagnóstico de neumomediastino en contexto de crisis de llanto.

Conclusiones:

El neumomediastino espontáneo es una patología rara en la infancia fuera del periodo neonatal. La evolución natural es benigna y su tratamiento sintomático, manteniendo una actitud expectante hasta la resolución de los síntomas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-341

A PROPÓSITO DE UN CASO: VÍA DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN DURANTE UNA CONVULSIÓN TÓNICO-CLÓNICA EN UN LACTANTE

MI Molina Delgado (1), M López Aguilar (1), J Borja Padilla (2),
F Aranda Aguilar (1), JC Galán Alcaide (1), M Aranda Torregrosa (3)

(1) 061, Servicio Provincial. Córdoba, (2) 061. Servicio Provincial. Huelva, (3) SC Assistant Sanctuary Care. Oxford

Palabras Clave: convulsión pediátrica, asistencia extrahospitalaria, vías de administración de fármacos

Ámbito del caso:
Extrahospitalaria

Historia clínica:

Introducción: Las convulsiones pediátricas son la urgencia neurológica más frecuente en el medio extrahospitalario. Una crisis convulsiva es la descarga sincrónica excesiva de un grupo de neuronas que, dependiendo de su localización, se manifestará con síntomas motores, sensitivos, autonómicos o de carácter psíquico, con o sin pérdida de conciencia. Aunque en la mayoría de las ocasiones al llegar el Equipo de Emergencias al domicilio el paciente se presenta poscrítico, no siempre es así y su abordaje es complicado por varias razones: por el mero hecho de ser niño, por la propia convulsión y por el medio hostil en el que se desarrolla sin disponer de una habitación aislada de familiares nerviosos como ocurre en el medio hospitalario. Resumen: Se presenta un caso de un lactante de 15 meses atendido por el Equipo de Emergencias en su domicilio tras recibir una llamada del familiar por presentar una convulsión. A nuestra llegada encontramos un niño con convulsión activa tónico-clónica generalizada. Se administran 5 mgrs de diazepam rectal pero, inmediatamente después, el paciente hace una deposición líquida perdiéndose el fármaco. Se decide añadir una segunda dosis de otros 5 mgrs y vuelve a hacer otra deposición. El niño, mientras tanto, continúa convulsionando por lo que se decide una tercera dosis y se intenta un acceso venoso para la administración de medicación. Se tarda en canalizar una vía periférica aproximadamente unos 4 minutos debido a dos razones fundamentales: los movimientos tónico-clónicos del niño y la dificultad que conlleva por el ser un lactante. Durante este tiempo cede la convulsión, quedando el niño en estado poscrítico sin ser necesario añadir medicación. Se toman precauciones para mantener la vía aérea permeable, comprobamos estabilidad hemodinámica y respiratoria con toma de constantes y se traslada al hospital con monitorización cardíaca y saturación de oxígeno medida por pulsioximetría.

Conclusiones:

La vía rectal es muy irregular. Administrar medicación por vía intravenosa en un lactante durante una convulsión es muy complicado. En el medio extrahospitalario, disponer de fármacos que se pueden administrar por otras vías alternativas de rápida absorción (nasal o bucal) disminuiría el tiempo de convulsión del paciente.

A-343

ANIMALES QUE NO SON EL MEJOR AMIGO DEL HOMBRE

R Cuadra San Miguel, E Méndez Rodríguez, B Peleteiro Cobo,
M González Merayo, M Piñón García, C Astorgano de La Puente,
MT Fernández Rivas

Hospital El Bierzo. Ponferrada, León

Palabras Clave: traumatismo ocular, estallido ocular, evisceración

Ámbito del caso:
Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 50 años que como único antecedente de interés presenta infección por virus hepatitis C. No tratamientos activos en el momento actual. Correcta vacunación antitetánica. Es traído por el 112 tras sufrir traumatismo orbitario derecho por cozo de caballo. No refiere pérdida de conocimiento. Exploración física: Como únicos hallazgos patológicos presenta, en la exploración oftalmológica: Ojo izquierdo: no patología urgente. Ojo derecho: no percibe luz. Polo anterior y anexos: herida inciso-contusa en párpado superior con afectación de borde libre y canto interno. Múltiples heridas inciso contusas en párpado inferior con pérdida de sustancia, dos de ellas en sentido vertical afectando al borde libre palpebral inferior. Impresiona de estallido ocular siendo difícil reconocer las estructuras debido a la importante pérdida de contenido intraocular. Pruebas complementarias: TAC: hemorragia subaracnoidea en circunvalación postcentral derecha y en la convexidad del lóbulo occipital izquierdo. No se observan efectos de masa del parénquima encefálico. Pérdida de estructura del globo ocular derecho en relación con rotura. Fractura del arco supraciliar derecho. Ocupación del seno esfenoidal y celdillas etmoidales compatible con hemoseno. No se observan otras líneas de fractura del macizo facial. Diagnóstico diferencial en urgencias: el diagnóstico diferencial de un traumatismo ocular debe realizarse con las diversas formas del mismo: Contusiones. Heridas penetrantes. Quemaduras químicas. Penetración de cuerpos extraños. Fracturas orbitarias. Traumas por onda explosiva. Traumas físicos. Diagnóstico final: estallido globo ocular ojo derecho. Evolución: Se realiza exploración quirúrgica bajo anestesia general observándose estallido de globo ocular derecho con herida penetrante corneoescleral que llega hasta las proximidades del nervio óptico, con salida de coroides y ausencia de cristalino. Se decide evisceración ojo derecho. A las 48 horas TAC craneal con resolución de áreas hemorrágicas.

Conclusiones:

Por ser el estallido ocular una patología poco común, cuando se nos presenta puede generar dudas sobre su manejo en los profesionales del Servicio de Urgencias. En estos pacientes es fundamental la anestesia vía sistémica y evitar la manipulación y las maniobras de Valsalva.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-344

UN CASO POCO FRECUENTE. ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE EN EL LACTANTE

S Morales Sánchez, JM Krivocheyva Montero, MJ Morales Sánchez, JV Palomo Carvajal, A Colera López, B Quiñoy Torcello

Urgencias. Hospital Comarcal de Melilla

Palabras Clave: crioaglutininas, hemolisis, autoinmunidad

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente lactante de 15 meses, acude por cuadro de síndrome febril de varias semanas de evolución que no mejora a pesar del tratamiento antibiótico empírico que se le indicó por una faringoamigdalitis EXPLORACION FÍSICA: Fiebre de 38,6°C, regular estado general sin signos de deshidratación Piel: Palidez cutáneo-mucosa Alguna adenopatía cervical e inguinal derecha Neurológico sin signos de irritación meníngea ACR: Taquicardico, sin fiebre, faringe de aspecto normal, con subcrepitanes dispersos en base izquierda y ruidos transmitidos Abdomen no doloroso sin palpase masas ni megalias EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS Analítica: Bioquímica: Sodio 131, cloro 101, LDH 1001, PCR 7,4, ferritina 642 Orina con hematuria y proteinuria Hemograma: Hemoglobina 6,60, hematocrito 18,70, hematíes 2,60, leucocitos 23,66 con aumento del número absoluto de neutrófilos EVOLUCIÓN: Se completa estudio en Planta con TAC y serologías en la que se observan las adenopatías descritas anteriormente sin otras alteraciones y con serología negativa Además se realiza también inmunohematología en la que se aprecia un test de Coombs directo positivo con positividad para el C3d y reticulocitos en porcentajes aumentados (2,77) La evolución del paciente es satisfactoria, con resolución del cuadro febril a las 24 horas del ingreso con tratamiento con concentrado de hematíes sin complicaciones. En posteriores revisiones los parámetros del hemograma son normales. DIAGNÓSTICO: Anemia hemolítica autoinmune por anticuerpos fríos

Conclusiones:

Se trata de un caso de anemia hemolítica autoinmunitaria por anticuerpos fríos. Se trata de un trastorno caracterizado por la presencia de autoanticuerpos que se fijan a la membrana eritrocitaria, a bajas temperaturas, y produce una destrucción prematura de los hematíes. Se trata de una entidad poco frecuente en la edad pediátrica, que habitualmente ocurre en el curso de infecciones virales, y de forma excepcional se asocia a infecciones bacterianas agudas aunque también hay que descartar, siendo este su principal diagnóstico diferencial un síndrome linfoproliferativo

A-345

TRATAMIENTO HOMEOPÁTICO EN UN CASO DE OTITIS MEDIAS DE REPETICIÓN

L Díaz Vidal, M Sánchez Pérez, Y Aranda García, M Najarro de La Parra

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Palabras Clave: otitis, homeopatía, terreno

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Varón de 40 años con una historia de múltiples visitas a urgencias por otitis medias de repetición, a pesar de timpanocentesis. Dichos cuadros comienzan de madrugada, sobre las 2 am, con otalgia intensa, fiebre y mejoría con aplicaciones calientes. Múltiples ciclos de antibióticos, de predominio invernal con regular tolerancia, diarrea y dispepsias habituales. Se trataba de un individuo delgado, con un examen clínico normal (intercrisis) entre sus antecedentes destacaba un estreñimiento pertinaz y múltiples catarros y faringitis de predominio invernal. Friolero. Funcionario de profesión. No fumador se inició en septiembre 2015 un tratamiento con sílicea 30 ch diario, herpar sulfuris calcareum 15 ch al día y arsenicum album 9 ch al acostarse. En diciembre no había presentado ningún episodio de otitis y no había vuelto a consultar en urgencias. Revisado en febrero y en consulta telefónica por un nuevo episodio de otitis se prescribe arsenicum album 9 ch cuatro veces al día con resolución en 48 horas, sin necesidad de antibiótico.

Conclusiones:

La homeopatía es una alternativa eficaz y segura en los procesos supurativos de repetición al modificar el terreno, es decir, la tendencia individual de enfermedad. Complementa al tratamiento alopático, sin interacciones medicamentosas, en particular en los casos en los que éstos estén contraindicados o produzcan efectos secundarios.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-407

PARADA CARDIORRESPIRATORIA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE NEOPLASIA COLÓNICA

G Fernández Bayón, S Calvo Argüello, C del Pozo Vegas,
R Alonso Avilés, J Chehayeb, E Serrano Lacouture

Hospital Clínico Universitario. Valladolid

Palabras Clave: neoplasia, heart arrest, cute coronary syndrome

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Se trata de un paciente, varón, de 59 años, sin antecedentes médicos de interés, sin tratamiento habitual, que se recibe en el servicio de urgencias hospitalarias tras ser atendido por una UVI móvil por presentar cuadro de parada cardiorrespiratoria, con retorno a circulación espontánea. El ritmo de parada inicial fue diagnosticado como fibrilación ventricular, que cede tras dos descargas eléctricas. Ha recibido tratamiento con amiodarona, 300mg intravenosos. A su llegada a Urgencias, el paciente se encuentra intubado, pulso débil carotídeo, y ausente radial, con palidez cutánea. Sus constantes al ingreso son Tensión Arterial: 80/40 mmHg, Frecuencia cardíaca: 120 lpm. Saturación de oxígeno: 99%. A la exploración, destaca auscultación cardíaca rítmica, rápida, sin soplos audibles, sin otras alteraciones de interés. No se observan puntos de sangrado externos. Se inicia perfusión de suero salino caliente, con mejoría parcial de tensión arterial (95/60 mmHg), se realiza electrocardiograma que muestra descenso del segmento ST en derivaciones V4-V6, y en derivaciones I y aVL. Se extraen muestras sanguíneas y pruebas cruzadas, y se da preaviso al servicio de UCI. Se solicita radiografía de tórax, en la que no se objetivan derrames pleurales. En analítica, destaca hemoglobina de 5,6g/dl, con hematocrito del 25%, así como elevación de enzimas cardíacas. Se inicia trasfusión de concentrados de hemáties, se avisa al servicio de Cardiología, y se realiza ecografía abdominal, no pudiendo detectar líquido libre intrabdominal ni pericárdico. El paciente sufre otro episodio de parada cardiorrespiratoria, con ritmo inicial de actividad eléctrica sin pulso, que responde a primera dosis de adrenalina iv, retornando a circulación espontánea. Se inicia perfusión de noradrenalina, manteniendo el paciente tensión arterial en torno a 100/60mmHg, y frecuencia cardíaca media de 90 lpm y se solicita TC abdominal, ante la sospecha de lesión sangrante. Se observa engrosamiento de pared colónica compatible con neoplasia como primer diagnóstico de presunción. El paciente ingresa en la unidad de cuidados intensivos, donde se realiza una coronariografía de urgencia, sin poder demostrar obstrucción de arterias coronarias.

Conclusiones:

El paciente fue diagnosticado de parada cardiorrespiratoria, causada por síndrome coronario agudo sin elevación de ST, a su vez, causado por anemia secundaria a proceso neoplásico colónico.

P-418

ROTURA DIAFRAGMÁTICA TRAS TRAUMATISMO DE ALTA ENERGÍA

I Novo Armesto, C Novo Armesto, O Otazua Olano,
P Corraleño Iñarra, J Veintemillas Vidal

Emergencias Osakidetza. Leizor-Bizkaia

Palabras Clave: polytrauma, diaphragmatic rupture, chest trauma

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción: La rotura diafragmática es una lesión que podemos encontrar en un 5-7% de los politraumatizados, acompañándose de alta mortalidad. Predomina en sexo masculino, sobre todo entre 20 y 50 años, siendo el lado izdo. el más frecuente. Objetivos: Describir la rotura diafragmática y establecer alto nivel de sospecha ante paciente politraumatizado. Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 35 años trasladado por helicóptero de emergencias tras sufrir accidente de tráfico de alta energía. En la escena por shock con respuesta transitoria a fluidos. Valoración primaria Hipotensión mantenida, FC. 180 A: vía aérea permeable, no estridor B: movimientos torácicos simétricos C: múltiples fracturas, abierta en extremidad inferior derecha, se coloca torniquete, deformidad femoral izda., deformidad miembro superior izdo., lleva dos vías periféricas D. sedado RASS -4. PINRS: A llegada a sala estabilización se encuentra sedado, persiste estado de shock hipovolemico que precisa resucitación con 6 concentrados de hemáties, mas plasma fresco congelado y soporte vasoactivo con fenilefrina, acido tranexámico, bicarbonato. Tras analítica, y estudio radiológico urgente, la RX tórax: opacidad hemitorax izdo., el TAC total body constata: Hundimiento de hueso parietal izdo., hematoma, hernia diafragmática izda. secundaria a rotura diafragmática con atelectasia casi completa del pulmón subyacente, se objetiva estomago, bazo, parte de colon transversal, ángulo esplénico, parte de colon descendente, cola de páncreas y grasa mesentérica en posición anómala. Laceraciones esplénicas. Fracturas costales múltiples. Fractura de apófisis trasversas derechas L1-L2-L4, fractura esternón, fractura fémur izdo., fractura antebrazo izdo., fractura tibia peroné abierta derechos. Se pasa a quirófano urgente. Se procede por parte de cirugía a esplenectomía, mas rafia diafragmática, se liberan vísceras de cavidad torácica colocando tubo de drenaje. Traumatología se encarga de estabilizar fracturas y tratamiento quirúrgico diferido. Resultado: Tras rotura diafragmática se produce el paso de vísceras abdominales al tórax. La Rx tórax refleja elevación diafragmática, derrame en ángulo costofrénico, siendo imprescindible realización de TAC. La rotura diafragmática es indicación absoluta de cirugía urgente, siendo la laparotomía la vía de abordaje de elección.

Conclusiones:

Ante todo paciente politraumatizado, la rotura diafragmática debe sospecharse, siendo la técnica de exploración radiológica la tomografía helicoidal evitando así errores de diagnóstico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-419

TAN AFILADO COMO LA HOJA DE UNA PALMERA

RC Estévez Montes, R de Lucas de Lucas, F Simón Sánchez,
JA Herrero Risquez, FJ Cano Muñoz, P Bonilla Redondo

SVAE Montes de Toledo. GUETS SESCAM. Granada

Palabras Clave: taponamiento cardíaco, trauma torácico, cuerpos extraños

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Se activa al SVAE Montes de Toledo por un aviso en el que un individuo ha sido alcanzado por una hoja de palmera en el pecho mientras podaba, una de las púas se ha quedado alojada en el tórax pero se la han retirado, presentando un síncope a continuación. A la llegada el enfermero encuentra a un varón de 69 años sin antecedentes de interés, consciente y orientado, que presenta una solución de continuidad de 9x1 cm en 4º espacio intercostal paraesternal derecho, con dirección caudal. A nivel ventilatorio constata una disminución del murmullo vesicular en lóbulo medio del pulmón derecho. Desde el punto de vista circulatorio presenta pulso radial, con una frecuencia de 120 lpm, relleno capilar inferior a 2 segundos y tonos cardíacos normales, no rones. Durante la asistencia el paciente sufre un nuevo síncope con recuperación espontánea a los 30 segundos y con mejoría de constantes a la administración de pequeñas cargas de volumen. Debido a estos sincopes y al mecanismo lesional se decide activar el helicóptero de Toledo para traslado a centro útil por sospecha de trauma penetrante torácico que pudiera afectar a grandes vasos y/o corazón -se activa Código Trauma-. Tras realizar TAC se detecta taponamiento cardíaco masivo, hematoma en pared de aorta ascendente en porción tubular con sangrado activo, hemopericardio masivo y hematoma mediastínico en grasa pericárdica y pleural. Tras cirugía cardíaca reparadora es dado de alta a los 7 días.

Conclusiones:

Siguiendo Up to Date, los empalamientos suponen el 9,5% del total de los traumas torácicos. Entre un 15-30% de los traumas penetrantes requieren cirugía urgente. Un 4% implican lesiones vasculares mayores, con una alta mortalidad in situ. Un 3% se relacionan con lesiones cardíacas que implican shock por taponamiento cardíaco o shock hemorrágico, dependiendo del lugar de drenaje de la hemorragia. Todo ello conlleva una alta mortalidad. La sospecha de lesiones internas graves, la reposición con hipotensión terapéutica y el traslado tiempo dependiente a centro útil es esencial para la supervivencia de los pacientes que han sufrido trauma penetrante torácico, independientemente de las características del punto de entrada.

P-420

GOLPE DE CALOR

E Giner Fernández, MA Pérez Martínez, MT Benavent
G Morales Cardona, MI Torrealba Rodríguez, R Bolo Huéscar

(1) Hospital de Gandía. Valencia

Palabras Clave: ola de calor, agitación psicomotora, rabdomiólisis

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Agosto, medio día. Se avisa a SAMU por varón de 27 años, sin antecedentes de interés, con crisis convulsiva tónico-clónica generalizada de 7 minutos de duración. A nuestra llegada el paciente se muestra obnubilado, bradipsíquico, hemodinámicamente estable y con glucemia dentro de la normalidad, niega consumo de tóxicos, midriasis bilateral reactiva, sudoroso y febril, no signos meníngeos y resto de la exploración sin alteraciones, el electrocardiograma mostró ritmo sinusal a 110 lpm. Tras objetivar en el domicilio una planta de marihuana, se pregunta de nuevo a la familiar en el consumo de drogas, quien mientras escondía la planta, lo niega. Mientras se realiza estabilización inicial, presenta nueva crisis tónica generalizada, que cede tras la administración de diazepam iv 10 mg, sin recuperar nivel de conciencia, comenzando cuadro de agitación psicomotriz. Precisa contención mecánica, administración de Midazolam e intubación orotraqueal, fluidoterapia. Ante el diagnóstico de estatus convulsivo, se establece el siguiente diagnóstico diferencial secundario a: consumo de tóxicos, golpe de calor, síndrome neuroléptico maligno, meningitis, encefalitis. Las exploraciones complementarias destaca CPK 43.788, la función renal normal, acidosis láctica, TAC craneal, RNM y LCR fueron normales. Los tóxicos en orina fueron indetectables. Ingres en UCI, donde se inició tratamiento con sueroterapia, ceftriaxona y anti-piréticos. Progresivamente presenta mejoría clínica, es dado de alta a los 6 días, diagnosticado de Golpe de Calor.

Conclusiones:

Es popularmente conocida la 'ola de calor', la población de riesgo y la alta mortalidad. Los dos objetivos fundamentales en el tratamiento de los pacientes con golpe de calor son el enfriamiento inmediato y el soporte de la función de órganos o sistemas. La contención física no hace sino incrementar la ya presente rabdomiólisis, debemos minimizar su uso. El tratamiento no comprende antipiréticos, aunque maniobras físicas y maniobras de soporte cardiovascular. Precaución con los alfa agonistas, debido a la vasoconstricción periférica. Las taquiarritmias, generalmente supraventriculares, son corregidas al normalizarse la temperatura y el estado metabólico. Deben evitarse los digitálicos, debido a la posibilidad de hiperpotasemia.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-422

IDENTIFICACIÓN, MANEJO Y TRATAMIENTO DE LAS TAQUICARDIA REGULARES DE COMPLEJO ESTRECHO A NIVEL EXTRAHOSPITALARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

D Fernández Gonzalo (1), S Rivas Menéndez (1), FJ Martínez Rodríguez (1), S Francesena González (1), G García Estrada (2), H Safir Jabeen (3)

(1) Hospital Valle Nalón, (2) Hospital Universitario Central Asturias, (3) Complejo Asistencial Universitario de León

Palabras Clave: taquiarritmia, tratamiento de urgencia, adenosina

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 44 años atendida por los servicios de emergencias médicas con los siguientes AP: Alergia a penicilinas y derivados, hipotiroidismo y síndrome de Wolff Parkinson White, sin antecedentes quirúrgicos. Niega tratamientos crónicos. Trabaja como dependiente. EA: Mientras estaba desempeñando su actividad laboral, comienza con palpitaciones y sensación de malestar intenso de una hora de evolución. Náuseas acompañadas de un vómito. A nuestra llegada la paciente se encuentra tumbada en una camilla, consciente, orientada y colaboradora. Escala de Glasgow 15. Refiere que se encuentra mejor pero persiste taquicardia. Se procede a monitorizar a la paciente TA, FC, Sat O2. Se realiza ECG de 12 derivaciones en el que se objetiva taquicardia supraventricular rítmica a 160 lpm. EF: TA 98/60mmHg, FC 166 lpm, SatO2 99%. Nerviosa, eupneica, normocoloreada y normoperfundida. CyC: No soplos carotídeos. AC: RsCsRs no se auscultan soplos. AP: MVC sin ruidos añadidos. Resto exploración normal. Tto: Se administra Loracepam 1mg sublingual. Se realizan maniobras vagales que no son efectivas. Se descarta cardioversión eléctrica en el momento actual dado la estabilidad de la paciente y se decide tratamiento farmacológico con Adenosina 6mg en bolo iv, cediendo la taquicardia y revirtiendo a ritmo sinusal con frecuencia cardíaca y tensión arterial normal. En el ECG de control se objetiva ritmo sinusal con intervalo P-R corto sin onda delta. Se remite a su médico de atención primaria con una copia del ECG para solicitar consulta a cardiología de su hospital de referencia.

Conclusiones:

El médico especialista en urgencias debe estar familiarizado con la identificación precoz, manejo y tratamiento de las taquiarritmias tanto en el ambiente extrahospitalario como intrahospitalario. Siguiendo las últimas recomendaciones del algoritmo de taquicardia de la European Resuscitation Council del 2015, es primordial incidir en el correcto tratamiento de las taquicardia regulares de complejo estrecho bien toleradas y su tratamiento específico con adenosina, dado el gran beneficio que supone para el paciente revertir esta situación en la mayor brevedad posible y evitar que inestabilice hemodinámicamente, tal y como se beneficio la paciente de nuestro caso a nivel extrahospitalario, gracias a la rápida actuación de los servicios emergencia médica.

P-425

LA EDUCACIÓN A LA POBLACIÓN MARCA LA DIFERENCIA

P González-Quirós Fernández (1), E Ferrero Fernández (1), Z Vázquez Álvarez (2), S Sánchez Menéndez (2), S Moreno García (2), Y García González (2)

(1) Hospital Valle del Nalón, (2) Hospital Oriente de Asturias

Palabras Clave: cardiopulmonar resuscitation, airway obstruction, activities, educational

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

A propósito de 2 casos de obstrucción total de la vía aérea. CASO 1: Paciente de 45 años sin antecedentes significativos de interés. Estando en un bar de un área rural comiendo se atraganta con un trozo de carne. Los testigos del bar avisan al 112 ya que el paciente pierde el conocimiento rápidamente, por lo que parece tratarse de una obstrucción total de la vía aérea. El Centro Coordinador (CC) activa al médico de la zona ya que la UVI móvil tardará 30 minutos en llegar al lugar. Mientras tanto el médico del CC da instrucciones de inicio de RCP a los testigos pero parece haber mucho nerviosismo y caos en el lugar, no asegura que se estén realizando las maniobras correctamente. A los 10 minutos llega el médico que inicia RCP (reanimación cardiopulmonar) básica y tras 20 minutos la UVI móvil continúa con una RCP avanzada extrayendo trozos de carne. Se desestima posibilidad de reanimación dado el tiempo de evolución. CASO 2: Paciente de 85 años con antecedentes de HTA, DM-2, ACV. Cenando en casa se atraganta con un trozo de naranja. Su hijo, que había realizado un curso de RCP básica, le da varios golpes en la espalda pero el paciente pierde el conocimiento, avisa al 112 e inicia RCP incluyendo barrido del trozo de naranja de la orofaringe. Tras 1-2 minutos el paciente recupera el conocimiento. Al llegar la UVI móvil se encuentra con dificultad para respirar, Sat O2 87%, pero estable hemodinámicamente. AP: roncus en base dcha. En urgencias se constata broncoaspiración por lo que ingresa y tras 10 días de antibioterapia y buena evolución recibe el alta.

Conclusiones:

Las situaciones de parada cardiorrespiratoria son difíciles de comparar ya que conllevan una muy diversa naturaleza y circunstancias. Existe evidencia de que los testigos son imprescindibles para la resolución de la parada ya que el inicio de RCP desde el principio aumenta las posibilidades de reanimación. Una formación adecuada y la inclusión de esta materia en la formación dada en los colegios es esencial para concienciar a la población en la materia.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-429

DOLOR TORÁCICO EN MEDIO RURAL

EP Melo Toledo, MM García Alonso, A Delgado de Paz,
I Cotillas García, B Antón González, A Córdoba Romero,
B Tijero Rodríguez

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Palabras Clave: infarto, reanimación, rural

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Mujer que acude al Servicio de Atención continuada de Atención Primaria de un Centro rural a las 1.10 de la mañana por dolor centrotorácico opresivo irradiado a región interescapular y a ambos miembros superiores que comenzó a las 21 h, de 10 minutos de duración y cedió espontáneamente, teniendo un nuevo episodio a las 00.20 horas, que la obligó a acudir a nuestro centro al ver que no cedía y aumentaba en intensidad. Al llegar a la consulta la paciente se encuentra nerviosa, dolorida y sudorosa, refiere dolor torácico, mientras se realiza exploración en la que no llama la atención nada excepto su aspecto, la paciente entra en parada cardiorespiratoria sobre la camilla, se comienzan maniobras de reanimación cardiopulmonar inmediatamente, realizándose descarga con desfibrilador externo semiautomático (DESA) con el que la paciente se recupera, en electrocardiograma se aprecia elevación ST en cara anterior, procediéndose a avisar al 112, que tras su llegada procede a fibrinolisar a nuestra paciente y a su posterior derivación a HCU, donde se le realiza cateterismo cardiaco apreciándose lesión de arteria Descendente Anterior en su región proximal con implante de Stent convencional. La paciente permanece estable durante todo su ingreso tanto en HCU como en su hospital de referencia siendo dada de alta con el diagnóstico de cardiopatía isquémica: Infarto agudo de miocardio anteroseptal Killip I. Fibrilación ventricular primaria recuperada mediante DESA. Enfermedad coronaria monovaso (descendente anterior) revascularizada.

Conclusiones:

En este caso se refleja la importancia de la asistencia de urgencia en el medio rural, que muchas veces tiene un difícil acceso al medio sanitario hospitalario de urgencias por lejanía. También hay que recalcar la importancia del inicio de las maniobras de resucitación de manera temprana y la utilización del desfibrilador Semiautomático, que ha conseguido salvar la vida de esta paciente en un primer momento. Por esta razón creo importante los proyectos de educación en la población sobre la parada cardiorespiratoria y la RCP.

A-432

HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL: SI SOSPECHADA, TRATADA

R Hernando Fernández, A González San Emeterio, A Robles Amieva, D López Fernández, C de León Rivas, C Fernández Pereda, B Sainz Santos

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras Clave: hipertensión intracraneal, extrahospitalaria, manejo

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Mujer, 78 años, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus en tratamiento farmacológico. Avisan a los servicios de emergencia médica por disartria y hemiparesia derecha al despertar. En la valoración inicial: TA 170/105, Glasgow 10, NIHSS 22, pupilas reactivas. Glucemia capilar 103. Electrocardiograma: fibrilación auricular a 100 latidos por minuto, no conocida previamente. Durante el traslado a centro hospitalario presenta vómitos, pupilas arreactivas y deterioro rápido del nivel de consciencia llegando a Glasgow 5. Se procede a intubación orotraqueal (IOT), ventilación mecánica con hiperventilación moderada, elevación de cabecera a 30°, administración de manitol en bolo con solución al 20% en dosis de 70 gramos, y furosemida 20 mg endovenosos. Se avisa a servicio de neurología de hospital de referencia para manejo dirigido.

Conclusiones:

Se entiende por hipertensión intracraneal (HTIC) el síndrome producido por aumento del volumen (y a su vez de la presión) del contenido intracraneal, por componentes fisiológicos, o por agregación de volumen en forma de masa. Existen diferentes etiologías como traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebrovasculares agudos (ACVA), hemorragias intracraneales, neoformaciones, o infecciones. Debe sospecharse fundamentalmente ante un paciente con patología neurológica que presente rápido empeoramiento del nivel de consciencia. Otras manifestaciones clínicas son: vómitos, midriasis pupilar arreactiva, cefalea, o déficits focales. El objetivo es la sospecha y manejo precoz de la HTIC en los pacientes con ACVA. Aunque el diagnóstico definitivo de hipertensión de presión intracraneal sólo se obtiene mediante monitorización con catéter intraventricular, y a pesar de que el tratamiento definitivo es el de la causa productora, ante la sospecha, se deben instaurar medidas de urgencia hasta el tratamiento etiológico, entre las que se incluyen: elevación de la cabecera del paciente, hiperventilación, agentes osmóticos (de elección manitol a dosis de 1 g/kg de peso en bolo, pudiendo repetirse cada 6-8 horas a dosis de 0,25-0,5 g/kg según necesidad), diuréticos de asa, barbitúricos, sedación, IOT y ventilación mecánica. Según gravedad del cuadro podría ser necesaria la descompresión quirúrgica. Debe insistirse en el reconocimiento y pronta actuación en los servicios de urgencias extrahospitalarias, pues de ello dependerá parte del pronóstico global de estos pacientes.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-433

POLITRAUMATIZADO EN ZONA RURAL, ¿PODEMOS REALIZAR UNA CORRECTA ATENCIÓN INICIAL?

LM Sánchez Rodríguez (1), L Arboleya Álvarez (2), M Martínez Ibán (3), C Alonso Porcel (4), B Pérez Deago (5)

(1) Área I. Asturias, (2) Hospital Valle del Nalón. Asturias, (3) Área V. Asturias, (4) Hospital Cabueñes. Asturias, (5) Centro de Salud Calzada II. Asturias

Palabras Clave: accidente de tráfico, fracturas óseas, atención primaria de salud

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

De madrugada activan al equipo de atención continuada de una zona rural con dos técnicos de ambulancia conjuntamente con la guardia civil y bomberos por accidente de tráfico en carretera nacional. Un vehículo impacta a 100 km/h frontalmente contra un camión que se saltó un stop. Encontramos un paciente de aproximadamente 40 años con traumatismo por impacto de alta energía. Realizamos evaluación inicial (según protocolo ATLS): nivel de consciencia, ABC y revisión rápida de trauma (RRT) Impresión general: Alerta. Quejumbroso. Bradipsíquico. No feto enólico. Vía aérea: Expansión torácica afectada por impacto del volante en hemitórax derecho. Circulación: Pulsos centrales y periféricos (MMSS) simétricos, (miembros inferiores atrapados por la carrocería). Sangrados facial y MID. En la RRT destacan: Tórax: expansión asimétrica y dolorosa. Pelvis y extremidades: deformidad femoral bilateral y tibial derecha. Pupilas simétricas y reactivas. Glasgow 15 Simultáneamente la enfermera constante al paciente. Colocamos mascarilla alto flujo y administramos soluciones cristaloides y analgésicos opioides. Inicialmente mantenemos sujeción cervical manual con posterior colocación de collarín Philadelphia. Colocamos fernokit y tablero espinal rígido. Realizamos puente holandés para su extracción posterior. Pasamos al colchón de vacío y colocamos dama de elche. Reevaluamos periódicamente y monitorizamos constantes vitales durante el traslado. Avisamos al hospital comarcal del traslado de paciente politraumatizado hemodinámicamente estable. Completan estudios con TAC helicoidal cráneo- tórax-abdomino-pélvico sin y con contraste, hallando fracturas en suelo y pared externa de órbita derecha, senos maxilares, huesos propios, manubrio esternal, tres arcos costales derechos y enfisema subcutáneo. Fractura conminuta de fémur bilateral y fractura arrancamiento de rótula derecha. Intervenido quirúrgicamente de urgencia, se traslada dos días después al hospital de referencia para valoración por maxilofacial.

Conclusiones:

El politrauma es la principal causa de muerte en las primeras cuatro décadas de vida. Presenta tres picos de mortalidad siendo el segundo (desde los primeros minutos hasta las 3-4 horas) y el tercero (días, semanas) los beneficiarios de una asistencia sanitaria inmediata y

susceptibles de tratamiento precoz e intensivo exitoso. Este caso presenta el manejo del politraumatizado en medio extrahospitalario con recursos limitados, ajustándose a la 'hora de oro' lo que permitió evitar el segundo pico de distribución de mortalidad.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-481

CEFALEA SÓLO AL SUBIR ESCALERAS Y CAMINAR

MP Ortigosa Arrabal, A Belledo Salvatier, JJ Álvarez Cano

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Palabras Clave: headache, nitroglycerin, myocardial ischemia.

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción: La cefalea es uno de los 10 primeros motivos de consultas en urgencias. Nuestra labor aquí es saber discernir si este síntoma se asocia a enfermedades graves o no. La herramienta fundamental con la que contamos para ello es la historia clínica. Objetivo: Identificar datos en la historia clínica y factores de riesgo concretos para hacer diagnósticos certeros. Material/paciente y método: Varón, 62 años. HTA en tratamiento con enalapril 10mg/24h. Exfumador, obeso. Acude a urgencias por episodio de cefalea holocraneal, opresiva, de intensidad moderada, de 3 semanas de evolución que relaciona con la actividad física normal (subir escaleras, caminar). Los episodios se acompañan de náuseas y vómitos, cediendo con el reposo. Niega dolor torácico. TA 155/90mmHg, SaO₂ basal 98%. Se realiza exploración física y neurológica rigurosamente normales. Analítica de sangre: Hb 13.7mg/dL, coagulación normal. Glucosa 124 mg/dL. Radiografía de tórax: normal. ECG: ritmo sinusal a 95 lpm. Onda T en aVL y mínimo descenso del ST en V4-V5. Se amplían CK-MB (4.66) y troponinas (1.7). En observación, se administró nitroglicerina sublingual desapareciendo la cefalea por completo. Resultados: SCASEST en paciente hipertenso. Se decidió ingreso en Cardiología, pautándose nitroglicerina, betabloqueantes, antianginosos y doble antiagregación. Posteriormente, se realizó cateterismo cardiaco, sin alteraciones en el árbol coronario.

Conclusiones:

La cefalea cardial es una entidad rara, que debe sospecharse ante cualquier cefalea de novo en pacientes de más de 50 años con factores de riesgo cardiovasculares (sobre todo isquemia miocárdica previa). Sus criterios diagnósticos (isquemia cardíaca y cefalea intensa acompañada de náuseas que cede con nitratos) los presentaba nuestro paciente, y salvo la remisión con nitratos, el cuadro podría haberse confundido con episodios migrañosos y tratados como tales con fármacos vasoconstrictores (triptanes por ejemplo) que está contraindicados en pacientes con cardiopatía isquémica. La historia clínica es nuestra principal herramienta para la detección, diagnóstico y atención de los pacientes. Debemos prestar atención a su relato y extraer de él los datos para nosotros importantes, que no siempre coinciden con los del paciente, y que, nos llevan en la mayoría de los casos a un diagnóstico certero.

P-498

RABDOMIOLISIS COMO EXPRESIÓN DE SÍNDROME DE LERICHE

P Sánchez López, I Atienza Garrido, M García Zurita, E Pascual Pastor, G González Caminero, G Prado Paz

Hospital de Manises. Valencia

Palabras Clave: rabdomiolisis, Leriche, insuficiencia renal

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción: El S. Leriche es una obliteración aortoílica, con ausencia de pulsos femorales y claudicación de miembros inferiores. Objetivo: Reconocer entidades favorecedoras de rabdomiolisis e instaurar un tratamiento precoz. Material y método: Varón de 54 años que presenta astenia e imposibilidad de movilizar piernas tras encontrarle la guardia civil desaparecido en el monte tres semanas sin adecuada ingesta oral. Presenta hipotensión, hipoperfusión y abolición de fuerza y sensibilidad en piernas con rigidez articular, ausencia de pulsos femorales, reflejos conservados, sin dolor ni signos de compresión. En analítica destaca CK de 1235, creatinina de 4.2, urea de 278, Sodio de 147, potasio normal y acidosis metabólica con PH 7.19. Se inicia fluidoterapia manteniendo Hipotensión y anuria. Ingres en UCI. En control analítico las CK ascienden a 140000. Se realiza ecografía apreciando a nivel vascular signos de parvus tardus en ambas femorales superficiales confirmándose estenosis proximal aórtica a nivel discretamente inferior a salida de renales compatible con síndrome de Leriche, que se confirma en TC abdominal con presencia de trombosis completa de aorta abdominal infrarrenal, existiendo circulación colateral con repermeabilización inguinal de ambas femorales superficiales. La situación clínica del paciente empeora pese a fluidoterapia y hemodiálisis con estado de hipercoagulabilidad y distress respiratorio severo falleciendo a las 48 horas del ingreso. Resultados: La isquemia aguda de miembros inferiores origina la obstrucción del flujo arterial con la consecuente disminución de aporte de oxígeno favoreciendo el metabolismo anaerobio y necrosis tisular. En situaciones extenuantes con deshidratación como era la situación del paciente con inmovilización prolongada, puede favorecerse disminución del volumen circulante con anomalías microcirculatorias produciéndose isquemia y destrucción muscular con el consecuente aumento de componentes intracelulares en sangre que pueden producir progresivo fracaso multiorgánico con alteraciones electrolíticas, síndrome de distress respiratorio agudo, fallo renal agudo y CID. La elevación de concentración sérica de CK asociado a mialgias ayudan al diagnóstico. La fluidoterapia previene la extensión de la necrosis y disminuye el desarrollo de fracaso renal.

Conclusiones:

El S. Leriche es causado por obstrucción de la aorta terminal infrarrenal. La rabdomiolisis es un síndrome de destrucción y necrosis muscular que aparece por múltiples causas como es la obstrucción arterial.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-499

MIOCARDIOPATÍA DE TAKOTSUBO TRAS LA MUERTE DEL MARIDO

O Mahrady Benjelloun, FJ Castrillo Quiñones, P Docampo Dameá, T Lobato Prieto, V Prieto Lorenzo, C Tejeiro Bermejo

Hospital Virgen Concha. Zamora

Palabras Clave: Takotsubo, miocardiopatía de estrés, síndrome torácico

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: El síndrome de takotsubo o Discinesia apical transitoria se caracteriza por manifestarse clínicamente como un síndrome coronario agudo, con frecuencia precedido de estrés emocional o físico, con leve elevación enzimática y disfunción ventricular, pero sin lesiones significativas en las arterias coronarias y con una etiopatogenia y evolución distintas a las del SCA. **OBJETIVO:** Presentamos un caso clínico de una mujer de 81 años derivada de atención continuada por crisis de ansiedad. **MÉTODOS:** Mujer de 81 años con hipertensión, AIT y TVP, que acude por nerviosismo y sensación de ahogo a nuestro servicio tras encontrar a su marido fallecido se le administra alprazolam 0.5 mg sublingual. En el box de observación empezó con sensación de disnea y dolor opresivo epigástrico. EF: TA 86/43 FC 103 SATO2 91% PVY normal. AC arritmica no soplos MVC sin ruidos añadidos resto de la exploración normal. ECG: FA no conocida con respuesta ventricular rápida > 150 no alteración del segmento ST, Analítica CPK 159 UI/L, Trop T 203 ng/L, resto de la analítica sin alteración. Se administra Digoxina 1/2 ampolla y Atenolol 25 mg con mejoría de la función ventricular, se le realiza ecocardiograma donde se aprecia acinesia ventricular, se ingresa en el servicio de cardiología donde realizan cateterismo sin apreciar lesiones angiográficas significativas, con flujo lento coronario, ventriculografía con acinesia antero apical marcada. **RESULTADOS:** A los 6 días tras tratamiento conservador, se repite el Ecocardiograma: VI no dilatado con hipertrofia concéntrica moderada, motilidad global y segmentaria dentro de la normalidad.

Conclusiones:

El STK es una patología poco incidente, que afecta predominantemente a mujeres posmenopáusicas, en más de la mitad de los casos tras una situación psicológicamente estresante, barajándose la posibilidad de hiperactividad del sistema simpático local (exceso de catecolaminas). Caracterizada por dolor anginoso, sin distribución estacional, superada la fase aguda, no exenta de morbilidad, conlleva un buen pronóstico.

P-510

¿TAQUICARDIA CON QRS ANCHO?... ¡VENTRICULAR!

I Ayala Barroso, MC Expósito Moreno

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.
Santa Cruz de Tenerife

Palabras Clave: taquicardia ventricular, isquemia miocárdica, verapamilo

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Objetivo: Las taquicardias con QRS ancho (>0.12 segundos) pueden tener su origen, tanto ventricular (TV) como supraventricular (en este caso, acompañadas de bloqueo de rama). Existen algoritmos diagnósticos basados en criterios electrocardiográficos, pero, además, clínicamente podemos afirmar que un paciente con antecedentes de cardiopatía isquémica con taquicardia de QRS ancho, ésta es ventricular (sensibilidad 97%). En estos pacientes, el origen de la taquicardia es un circuito macroreentrante en la zona de necrosis miocárdica, apareciendo normalmente estas taquicardias meses después del infarto agudo de miocardio (IAM). **Material o pacientes y método:** Varón de 54 años de edad que presentó un IAM inferolateral hace 3 semanas, que fue tratado con angioplastia + stent (x4) en la arteria coronaria derecha. Es dado de alta, sin incidencias, con tratamiento consistente en doble antiagregación, bisoprolol y atorvastatina. Su electrocardiograma (ECG) al alta: ritmo sinusal, onda Q y T negativas en cara inferior, QRS de 0.08 segundos. En la mañana del día que acude a nuestro servicio, comienza a presentar cuadro de mareos, disconfort torácico y astenia, motivo por el cual acude a Urgencias. Presenta tensión arterial de 88/60, con frecuencia de 150 latidos por minuto (lpm). El ECG muestra una taquicardia regular, a 150 lpm, QRS 0.135 segundos, eje superior. Dada la inestabilidad del paciente, se realiza cardioversión eléctrica, que es efectiva, quedándose con ECG similar al del alta de su último ingreso. **Resultados:** El paciente ingresó en el servicio de Cardiología, con diagnóstico diferencial de TV vs flúter auricular con conducción aberrante. Sin embargo, el estudio electrofisiológico confirmó la presencia de una TV cuyo origen era la cicatriz inferobasal y septal secundaria a su IAM. Se realizó ablación con éxito.

Conclusiones:

Ante un paciente con taquicardia de QRS ancho y antecedentes de cardiopatía isquémica (aunque creamos que no ha dado tiempo a generar una TV), siempre pensar en su origen ventricular, ya que el suponer el origen supraventricular y usar antiarrítmicos (verapamilo, por ejemplo) para este probable origen, puede tener consecuencias fatales para nuestro paciente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-551

ADENOCARCINOMA DE PULMÓN CON METÁSTASIS COROIDEA

C Marinero Noval, I Lobo Cortizo, B di Salvo León, L Menéndez López, E Cano Cabo

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Palabras Clave: metástasis, neoplasm, choroid

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Motivo de consulta: Pérdida de visión en ojo izquierdo. Enfermedades previas: Hipercolesterolemia. IAM anteroseptal. Tratamiento habitual: Adiro, Cardyl, Tenormin. HISTORIA ACTUAL: Paciente que refiere disminución de agudeza visual desde el 28/2/16 por lo que acude 4 días después a Clínica privada de Oftalmología donde se detecta lesión sugestiva de metástasis en coroides y se remite a Urgencias del HUCA. Comenta que en septiembre 2015 apreció lesión indurada e indolora en región inferior-anterior de axila dcha. interpretada como hidrosadenitis por su médico de familia. EXPLORACIÓN FÍSICA. Dudoso nódulo en región inferior LTI. Adenopatía axilar dcha. de aprox. 1.5 cm., consistencia media. Nódulo duro, adherido a piel, algo irregular a la palpación en parte inferior y anterior de axila derecha. AC: RsCsRs. AP: mvc. Abdomen anodino. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Hemograma: normal. Bioquímica: normal. Marcadores tumorales: normales. Rx. tórax: no se ven claros nódulos ni condensaciones. Hallazgos patológicos en TC: En parénquima encefálico, lesión hipercaptante temporooccipital izquierda compatible con progresión tumoral. Tórax: Nódulo pulmonar en LM, nódulo yuxta-cisural en LID. Adenopatía mediastínica infracarinal con centro hipodenso. Adenopatía hiliar derecha. Implante subcutáneo en axila derecha de 11 mm. Esqueleto: lesiones óseas sugestivas de metástasis a nivel de T10-T12, L2, L4-S1, mango del esternón y en cabeza femoral izquierda. RM cerebral basal y tras administración de CIV: múltiples lesiones nodulares sólidas intraparenquimatosas con realce de contraste en el parénquima supra e infratentorial. La lesión de mayor tamaño se localiza en lóbulo occipital izquierdo. Presenta un moderado edema vasogénico periférico. Los hallazgos son compatibles con enfermedad metastásica intracraneal. En la cámara posterior del globo ocular izquierdo se identifica un engrosamiento nodular compatible con lesión metastásica. PAAF lesión nodular axilar dcha: metástasis de adenocarcinoma pulmonar. DIAGNÓSTICO: Adenocarcinoma pulmonar estadio IV con adenopatías locoregionales, metástasis en coroides de ojo izquierdo, cerebrales y subcutáneas. TRATAMIENTO: Dexametasona y Omeprazol. Se solicita consulta con Oncología médica para valoración terapéutica.

Conclusiones:

Este caso demuestra la importancia de realizar una buena historia clínica, exploración, solicitud de pruebas complementarias (si lo consideramos necesario) y un buen diagnóstico diferencial ante cualquier cuadro clínico por muy evidente que parezca. Como se aprecia en este caso un nódulo subcutáneo puede ser tanto una hidrosadenitis como una adenopatía axilar metastásica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-553

SÍNDROME DE KOUNIS TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

M Pérez Figueras, J Hernández Núñez, S Bellón Vallinot, D Fernández de Velasco Pérez

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón, Madrid

Palabras Clave: síndrome de Kounis, vasoespasmio coronario, anafilaxia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción: El síndrome de Kounis (SK) es una entidad formada por eventos coronarios agudos desarrollados durante reacciones anafilácticas. Consiste en un vasoespasmio y/o ruptura de la placa ateromatosa producido por agentes vasoconstrictores (histamina, leucotrienos?). Esta descrito en relación con picaduras de insectos, ingesta de fármacos o alimentos, etc... Hay tres tipos de SK: tipo I (sin enfermedad coronaria) donde el evento alérgico induce un espasmo coronario, el tipo II (con enfermedad coronaria) donde se produce erosión o rotura de una placa de ateroma preexistente, y el tipo III, con trombosis intra-stent coronario. **Objetivo:** Destacar la importancia del SK, cuyo diagnóstico es eminentemente clínico y se basa en objetivar síntomas y signos sugestivos de una reacción alérgica y un evento coronario agudo coincidentes en el tiempo. **Material o pacientes y método:** Paciente de 71 años que acude por dolor en fosa iliaca izquierda irradiado a fosa renal del mismo lado. Se le administra tratamiento analgésico con dexketoprofeno, metamizol y butilscopolamina, tras lo cual presenta un cuadro caracterizado por sensación de mareo, estornudos, enrojecimiento facial e hipotensión. Pocos minutos después refiere dolor centrotorácico opresivo y diaforesis. En el ECG se observa taquicardia sinusal a 140 lpm y elevación del segmento ST de 6mm de V1-V4, I y aVL, descenso del ST en cara inferior. **Resultados:** Se estabiliza al paciente con sueroterapia y metilprednisolona. Al comenzar el dolor centrotorácico, se inicia antiagregación. A los pocos minutos, se repite el ECG, evidenciándose ritmo sinusal a 70lpm, extrasistolia ventricular y normalización del segmento ST. Ante la sospecha clínica de vasoespasmio coronario, se ingresa al paciente en UCI. Posteriormente se realiza coronariografía que fue normal y niveles de triptasa, que resultan elevados. Finalmente, se diagnostica de SK tipo I, remitiéndose a alergología para valoración.

Conclusiones:

El SK es una entidad infradiagnosticada que hay que tener en cuenta en los cuadros anafilácticos y dolor torácico para su correcto manejo. En el tipo I el tratamiento del evento alérgico puede revertir los síntomas, pero en los tipos II y III, además hay que tratar la enfermedad coronaria.

P-564

DOLOR TORÁCICO MECÁNICO ATRAUMÁTICO EN MUJER MENOPÁUSICA

C Redondo Galán, P Redondo Galán, MM Carmona Bas, MA Anduaga Aguirre, MJ Estebarán Martín, JJ Puche Paniagua

Hospital Virgen de La Salud. Toledo

Palabras Clave: dolor torácico, atípico, agudo

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: Presentamos el caso de una fractura espontánea de esternón por insuficiencia del hueso en una paciente menopáusica, con importante patología de base. **OBJETIVO** Recordar otros diagnósticos diferenciales más raros de dolor torácico atípico. **CASO CLÍNICO:** Mujer de 61 años con múltiples antecedentes: hipertensa, fumadora, varias enfermedades metabólicas (hiperparatiroidismo, hipotiroidismo, osteoporosis, déficit vitamínico D) que acudió a Urgencias por dolor torácico agudo, atraumático, producido espontáneamente mientras estiraba la colcha de una cama. En la exploración física destacaba importante afectación de la paciente (pálida, sudorosa, no tolera el decúbito supino), así como la palpación de punto gatillo centrotorácico a la altura de tercio superior de esternón, con escalón óseo evidente. Se pautó de inmediato analgesia intravenosa y con la sospecha de fractura de esternón se solicitó radiografía esternal lateral, electrocardiograma y analítica. La radiografía lateral de esternón confirmó fractura espontánea en tercio superior del hueso. El resto de resultados fueron normales. La paciente se ingresó en Unidad de Corta Estancia para control sintomático del dolor, siendo dada de alta con clara mejoría a los dos días del ingreso. Las fracturas mas esternales más frecuentes son las traumáticas (80% casos, por impacto directo en pared anterior del tórax), siendo raras las fracturas espontáneas. El principal síntoma es el dolor torácico. Aunque en las traumáticas es importante valorar lesión miocárdica asociada, en todas se debe de realizar electrocardiograma y muchos casos precisan ingreso hospitalario, para control del dolor. Las fracturas espontáneas de esternón son raras, dentro de ellas se reconocen dos mecanismos: 1. Fracturas por estrés (por estrés repetido), 2. Fractura por insuficiencia (por debilidad del hueso). Las fracturas por insuficiencia son casi exclusivas del sexo femenino. Entre sus causas se hallan la osteoporosis, la cifosis marcada y el uso de esteroides. La osteoporosis es una enfermedad de gran envergadura que afecta al 80% de la población femenina y supone un gran problema socioeconómico y sanitario.

Conclusiones:

Presentamos el caso de una fractura espontánea de esternón por insuficiencia ósea como causa infrecuente de dolor torácico atípico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-565

NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO: A PROPÓSITO DE UN CASO

**IE Ferrero Fernández (1), Z Vázquez Álvarez (2),
S Sánchez Menéndez (2), S Moreno García (2),
P González-Quirós Fernández (3), Y García González (3)**

(1) Hospital Valle del Nalón, (2) Hospital del Oriente de Asturias,
(3) Hospital Valle del Nalón. Asturias

Palabras Clave: neumomediastinol, asma, dolor torácico

Historia clínica:

Antecedentes personales: Varón de 17 años con diagnóstico de asma bronquial desde los 2 años, actualmente asma leve intermitente. Anamnesis: Valorado 4 horas antes de acudir al hospital en el Centro de Salud, de manera urgente, por dolor torácico localizado en hemitórax izquierdo, no irradiado, de carácter leve y no asociado a traumatismo ni sobreesfuerzo. Había comenzado unas dos horas antes de la consulta y previamente se encontraba bien. En el centro de salud no encontraron causa que lo justificara, pero al no existir signos de alarma, recomendaron observación y volver a acudir en caso de empeoramiento. El paciente acude con su madre al hospital tres horas después por empeoramiento y por referir también dolor cervical, interpretado inicialmente como odinofagia. Exploración: Buen estado general, eupneico con saturación de oxígeno del 98%, estable hemodinámicamente y afebril. A la palpación del cuello se encontró crepitación subcutánea, mayor en el lado izquierdo. A la auscultación pulmonar sibilancias bilaterales al final de la inspiración. Pruebas complementarias: Radiografía de tórax en dos proyecciones: presencia de gas en mediastino y cuello. El empeoramiento clínico del paciente (aumento de la disnea sin empeoramiento de la saturación de oxígeno) motivó la realización de un TC de tórax, informado como neumomediastino laminar en todos los compartimentos mediastínicos y manguito peribroncovascular a nivel de hilos pulmonares con enfisema epidural a nivel de canal medular dorsal alto. Dada la mejoría pero no completa resolución de la disnea tras tratamiento broncodilatador, el paciente quedó ingresado con reposo, oxigenoterapia y tratamiento broncodilatador, con buena evolución en tres días y resolución de las alteraciones según radiografías de control.

Conclusiones:

El neumomediastino espontáneo se define como aquel no secundario a traumatismo, procedimientos diagnóstico-terapéuticos o enfermedad previa. La causa desencadenante en este caso fue la tos en el contexto de una crisis asmática, y resaltamos como particularidad la presencia de gas en el canal raquídeo, hallazgo menos frecuente pero de pronóstico igualmente benigno y sin diferencias en cuanto al manejo. El neumomediastino es una entidad poco común, que el médico de urgencias debe conocer para evitar la realización de pruebas innecesarias como, en este caso, el TC.

P-566

CERVICALGIA, ANSIEDAD Y FIEBRE

**R Díaz Contrera, A Gallego Peris, I Ávila Alcivar, A Paz Anaya,
P Sánchez Llopez, I Atienza Garrido, M Martínez Lago**

Hospital de Manises. Valencia

Palabras Clave: rigidez de nuca, fiebre, hemorragia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Sospecha clínica y diagnóstico de presunción en Urgencias Hospitalarias. Caso multidisciplinar. Introducción: Se expone un caso clínico donde se trata a una paciente de 20 años quien consulta en otras ocasiones por cervicalgia y ansiedad. En pacientes con patología dual nos debemos detener a una exploración y anamnesis detallada para no perder información relevante para el diagnóstico y tratamiento definitivo de posibles patologías. Objetivo: Descartar patología infecciosa que afecte el SNC vs patología vascular que promueva a irritación meníngea. MATERIAL Y MÉTODO: Motivo de consulta: Se trata de una mujer de 20 años quien acude a urgencias en 3º visita por cervicalgia en los últimos 5 días, clínica compatible con ansiedad y en este día asocia fiebre intermitente de 38° en domicilio. Se procede a realizar una valoración por aparatos y sistemas iniciando con el interrogatorio de la paciente. Antecedentes: No alergias medicamentosas conocidas. Obesidad. No antecedentes médico-quirúrgicos de interés. No hábitos tóxicos. Enfermedad Actual: Nerviosismo intenso con cambios de humor importante, labilidad emocional. En el último día fiebre intermitente de 38°. Cervicalgia no traumática de 3 días que no mejora tras la toma de antiinflamatorios no esteroideos (Ibuprofeno) y Paracetamol. Asociando odinofagia de 24 horas de evolución. No tos ni expectoración, no disnea, no dolor torácico. No otra clínica referida. Exploración Física: Temperatura: 39°. FC 100 lpm. Eupneica en reposo. Colaboradora. CyC: no masas ni adenopatías palpables, pulsos carotídeos rítmicos y simétricos. No bocio, iy. Otorrinolaringológico: Faringe hiperémica sin hipertrofia amigdalina ni exudado. Otoscopia normal. AC: Ruidos rítmicos sin soplos. AP: Murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. Exploración Abdominal: general dentro de la normalidad. Neurológico: Función cognitiva normal. Pares craneales normales. En sensitivo-motor normal. Rigidez de nuca y signos meníngeos positivos. Tras los hallazgos de la exploración, se decide solicitar: PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DE URGENCIAS: Hematimetría, Bioquímica, Coagulación, Hemocultivos y Radiología previa PL si procede. Se realiza TAC Craneal sin CIV donde se observa una hemorragia intraventricular en el VL izquierdo, pequeño hematoma intraparenquimatoso en el lóbulo frontal con zonas de edema adyacente, sin focos que sugieran HSA. Tras la administración de CIV se objetiva que el origen del sangrado es una lesión vascular abigarrada, de aproximadamente 3 cm de diámetro máximo que sugiere malformación AV. Juicio clínico: hemorragia intraventricular izquierda condicionada por lesión vascular probablemente MAV. Tratamiento y



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

Evolución: Agitación psicomotriz secundaria que requirió tratamiento benzodiacepinas y posteriormente dexmetomidina. Crisis comiciales que se han tratado con levetiracetam.

Conclusiones:

Las MAV son errores que ocurren en el desarrollo del embrión o feto. Se pueden asociar a mutaciones genéticas. Estas no desaparecen a lo largo del crecimiento.

P-568

PATRÓN DE BRUGADA DESENMASCARADO POR FIEBRE

M Pérez Figueras, B Sánchez Álamo, J Hernández Núñez, C Fuentes Santos, N Mayoral Canalejas

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

Palabras Clave: Brugada, fiebre, muerte súbita

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción: El síndrome de Brugada es una canalopatía asociada a mayor riesgo de fibrilación ventricular y muerte súbita en pacientes sin cardiopatía estructural, sobre todo varones jóvenes. Además existen diversos factores que pueden desenmascarar en el ECG un patrón de Brugada tipo 1 o 2 sin tener el síndrome verdadero, con una prevalencia estimada del 0,05% en la población general. Esto se conoce como fenocopia o patrón de Brugada, el cual, también se asocia a un incremento de muerte súbita. La fiebre entre otros, es uno de los desencadenantes más conocidos. **Objetivo:** Destacar la importancia que supone reconocer estas alteraciones en el ECG, ya que aunque la mayoría de pacientes permanecen asintomáticos durante toda su vida, el riesgo de desarrollo de muerte súbita se debe considerar en estos pacientes. **Material o pacientes y método:** Se trata de un varón de 31 años sin antecedentes de interés, salvo tabaquismo activo, que acude al servicio de urgencias por fiebre de una semana de evolución sin claro foco, asociado a cefalea, náuseas y vómitos. La exploración física fue anodina. Se realizó radiografía de tórax, punción lumbar, analítica básica con serologías y ECG. **Resultados:** En la analítica destacaba neutrofilia, PCR de 94, y leve elevación de transaminasas (GPT > GOT). En el ECG se evidenció una elevación del segmento ST mayor de 2 mm en las derivaciones V1-V3, con T negativa en V1-V2 compatible con Sd. Brugada patrón tipo I. Tras controlar la fiebre con antitérmicos desaparece el patrón mencionado. El resto de las pruebas resultaron normales. Finalmente, el paciente fue diagnosticado de mononucleosis por virus de Epstein Barr y se remitió a Cardiología para estudio.

Conclusiones:

Situaciones frecuentes en Urgencias como la fiebre pueden desenmascarar el patrón de Brugada, por lo que es importante conocerlo para poder diagnosticarlo. Su identificación precoz y correcto manejo es imprescindible para prevenir eventos potencialmente letales en el paciente y en sus familiares. Su tratamiento definitivo consiste en la implantación de DAI, aunque existe una gran controversia en el tratamiento de los pacientes asintomáticos en el momento actual.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-570

¿BAV, SCACEST O ENDOCARDITIS?

R Lorca Gutiérrez, L Gutiérrez de La Varga, F López, V León,
M Almendárez, A Suárez Cuervo, L García Pérez

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Palabras Clave: síndrome coronario agudo, bloqueo completo, endocarditis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Presentamos un paciente de 85 años, intervenido de cirugía cardíaca en 2009 (prótesis aórtica biológica + bypass AML a DA) con fiebre persistente. Se solicita interconsulta Urgente a Cardiología por bradicardia y dolor torácico. Ante la sospecha de endocarditis se habían realizado Ecocardiograma transtorácico y transesofágico sin observarse vegetaciones. El ECG en Consulta Urgente de Cardiología mostró un BAV completo con ritmo de escape con QRS ancho con morfología de BRDHH (ritmo de base previo: sinusal con BRIHH). Además, se objetiva una elevación del ST por lo que se decide implantar un marcapasos provisional y realizar coronariografía emergente. En hemocultivos crece un *S. bovis* sensible a penicilina. En Coronariografía se objetiva una imagen de aclaramiento en ostium de Coronaria derecha (CD). En aspiración intracoronaria, se extrae un material que no impresiona de trombo, por lo que se envían muestras a microbiología y anatomía patológica (AP) ante la sospecha de embolismo séptico. En inyección de control se observa flujo TIMI 3, sin estenosis ni aclaramiento. Tras revascularización se recupera precozmente ritmo propio. Sin embargo, no se observa crecimiento en microbiología y en AP se describe una embolia coronaria compatible con suelta de pannus de válvula protésica o trombo marántico.

Conclusiones:

Presentamos un caso excepcional de síndrome coronario agudo con elevación del ST + BAVc por embolismo de endocarditis trombotica no bacteriana (ETNB), coincidiendo con una bacteriemia por *S. bovis*. EL diagnóstico de ETNB es crucial para iniciar tratamiento específico anticoagulante.

P-576

TORMENTA ARRÍTMICA COMO MANIFESTACIÓN DE TRIPLE VALVULOPATÍA

D Molina Galbraith, MI Correa Rosales, J Pacheco Sanjuán

Hospital Regional Universitario de Málaga

Palabras Clave: taquicardia ventricular, arritmia cardíaca, fibrilación ventricular

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer 58 años fumadora sin antecedentes médicos ni cardiológicos previos, consulta en urgencias porque desde hace 1 mes presenta disnea grado II/IV NYHA empeorando en los últimos 3 días llegando a hacerse de reposo asociando ortopnea y disnea paroxística nocturna. Niega clínica infecciosa, no ingesta de fármacos. Al tomar constantes en triaje presenta hipotensión 80/55 y frecuencia cardíaca elevada a 160, realizando electrocardiograma que muestra fibrilación auricular rápida, trasladada al área de críticos se procede a cardioversión eléctrica permaneciendo en taquicardia sinusal, a la exploración leve taquipnea, saturación basal 89% y crepitantes hasta campos medios, soplo aórtico II/IV. Se trata con tratamiento deplectivo, nitroglicerina y amiodarona. Analítica normal, radiografía tórax índice cardior torácico aumentado, congestión parahiliar bilateral con ambos senos costofrénicos ocupados. A las 9 horas del ingreso en observación se retira amiodarona y se sustituye por betabloqueantes, a las 12 horas del ingreso la alarma del monitor nos alerta de episodio de taquicardia ventricular no sostenida (TVNS) con deterioro hemodinámico y necesidad de nueva cardioversión eléctrica siendo eficaz con ritmo de taquicardia sinusal, en menos de 30 minutos nuevos episodios de TVNS, TV sostenida y fibrilación ventricular todas requieren de terapia eléctrica asociando deterioro hemodinámico con necesidad de intubación y ventilación mecánica. Terapia antiarrítmica, drogas vasoactivas. Se solicita ecocardiografía de urgencias que revela triple lesión valvular decidiéndose cirugía muy preferente e ingreso en UCI. Tras estudio cardiológico se decide cirugía preferente por polivalvulopatía reumática severa, interviniéndose con sustitución por prótesis mecánicas mitral y aórtica y anuloplastia tricuspídea. Al alta en fibrilación auricular requiriendo anticoagulación y tratamiento digitálico.

Conclusiones:

Tormenta arrítmica es una emergencia vital caracterizada por episodios recurrentes de arritmias ventriculares con más de 3 episodios sostenidos de TV, FV o descarga apropiada de desfibrilador automático implantable en un plazo de 24 horas. Se desarrolla cuando sobre un sustrato anatómico vulnerable (cardiopatía estructural o escara post-IAM) actúa un factor desencadenante (extrasistolia ventricular o alteración electrolítica). Determinar la causa de la tormenta arrítmica es fundamental para poder dirigir el tratamiento, en este caso la solución fue quirúrgica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-577

DOLOR ABDOMINAL Y OLIGOANURIA, UNIENDO LA SITUACIÓN HEMODINÁMICA CON EL PROCESO OBSTRUCTIVO

F Ruiz Ruiz, MD Navarro Amuedo, JM Camero Macías, E Pereira Díaz, JF Rodríguez Fernández, M Pérez Castilla, E Montero Romero

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Palabras Clave: oligoanuria, hipotensión, aneurisma

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Varón 75 años fumador, hipertenso y FA permanente anticoagulado. Acudió por oligoanuria de 200 cc en 12 horas, a pesar de sondaje vesical realizado en AP. Además, dolor abdominal intenso e hipotensión (90/50 mmHg). Afebril y sin semiología infecciosa. Eupneico. A la palpación dolor abdominal difuso, sin megalias, sin peritonismo, no globo vesical. Pulsos en miembros inferiores presentes pero filiformes. Análiticamente destaca FRA (creatinina 1,8 mg/dl con elevación de urea) y ligera leucocitosis de 13500 células y hemoglobina 75 g/l. En ecografía abdominal se objetiva vejiga urinaria vacía con dilatación moderada uréter izquierdo por compresión extrínseca de aneurisma abdominal, probablemente roto. En angioTC se confirma la presencia de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal roto que produce compresión sobre el sistema urinario izquierdo. A nivel de las arterias ilíacas interna y externa izquierdas el vaso recupera su calibre normal. Valorado por Cirugía Vascular se realiza derivación aorto-ilíaca-femoral mediante laparotomía media xifo-púbica. En postoperatorio en UCI, mala perfusión periférica, aunque los pulsos en miembros inferiores estaban presentes. A las pocas horas, desarrolla FRA anúrico (elevación de creatinina a 2,67 mg/dl) y acidosis metabólica hiperpotasémica que se asocia a bradicardia extrema refractaria a reanimación, siendo exitus en las 24 primeras horas tras la intervención. El diagnóstico final fue aneurisma de aorta abdominal infrarrenal e ilíaca común izquierda roto que condiciona FRA oligoanúrico de etiología mixta: prerenal (hipoperfusión renal) y de causa obstructiva (post-renal) por compresión de uréter izquierdo.

Conclusiones:

La tríada clásica de presentación clínica del aneurisma de aorta abdominal roto (parcial o completo) consta de dolor lumbar o abdominal, hipotensión y masa pulsátil. La presencia de descompensación hemodinámica indica mayor gravedad, así como la oliguria u oligoanuria. El tratamiento del AAA es quirúrgico. La premisa más importante es la rapidez diagnóstica y terapéutica, a pesar de lo cual la mortalidad quirúrgica del 50%. La elevada sospecha y detección precoz en el servicio de urgencias podrían reducir la morbi-mortalidad. En el caso actual la oligoanuria fue el síntoma cardinal e hizo orientar el caso hacia un problema urológico pero es necesaria una visión integral, especialmente de datos de inestabilidad hemodinámica, que permita el diagnóstico

P-581

TORMENTA ELÉCTRICA... IATROGÉNICA

MA Pérez Martínez, JJ Salgueiro Ruiz, P Navarro González, M Montes Luna, R García Moya, P Cuenca Orts, F Salvador Suárez

Hospital San Francisco de Borja. Valencia

Palabras Clave: long QT syndrome, torsades de pointes, drug interactions

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 68 años, alérgico a penicilinas, con fibrilación auricular paroxística miocardiopatía isquémica, fracción de eyección 25%, portador de DAI, en tratamiento con sotalol, furosemida, amilorida, hidroclorotiazida, atorvastatina, acenocumarol, en el contexto de infección respiratoria se añade tres días antes levofloxacin, acude a Servicio de Urgencias por episodios de mareo, debilidad con pérdida de conciencia detectando en menos de 6 horas, 7 descargas de DAI. A su llegada, se encontraba asintomático. Presión Arterial 113/69 mmHg, Fc 60 lpm, T° 35.6°C, la auscultación rítmica, murmullo vesicular conservado, pulsos radiales, femorales y pedios simétricos. Se inicia monitorización, se evidencia ritmo electroestimulado, imagen de BCRIHH, QTc 0.490 sg con extrasístoles ventriculares, no presentó alteraciones hidroelectrolíticas ni de enzimas cardíacas. A las 5 horas de observación, se produce pérdida de conciencia con descarga de DAI, repitiéndose a los 10 minutos, evidenciando taquicardia ventricular tipo torsión de puntas (TdP), se decide retirar medicación que prolonga el QT, sotalol y levofloxacin, e ingreso en Servicio Intensivos, donde se interroga el DAI, evidenciando un total de 9 descargas apropiadas, a los 5 días el paciente es dado de alta retirando sotalol y asociando bisoprolol.

Conclusiones:

La muerte súbita cardíaca es una causa importante de mortalidad en países desarrollados, afortunadamente cada vez son más los pacientes que por prevención primaria o secundaria son portadores de DAI. La tormenta eléctrica es la aparición de tres o más episodios de taquicardia / fibrilación ventricular en 24 horas, habitualmente es mucho más alto, lo que conlleva gravedad extrema. Ya desde 2005 la Agencia Europea del Medicamento elaboró un documento recogiendo el potencial efecto proarrítmico de numerosos fármacos, destacando antiarrítmicos, antihistamínicos, antidepressivos, antibióticos (macrólidos y fluoroquinolonas), con actualizaciones periódicas. En pacientes con cardiopatía previa y fármacos que prolongan el QT se ha visto que asociar una fluoroquinolona puede aumentar hasta en un 60 % la probabilidad de presentar TdP. Recientes estudios destacan que hasta en 37% de los casos de prolongación de QT son causados por interacciones farmacológicas, sin embargo son muy pocos los casos publicados. Debemos conocer el perfil proarritmogénico de los fármacos que usamos habitualmente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-582

ECOCARDIOGRAFÍA Y DOLOR TORÁCICO. UTILIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

MC Expósito Moreno, I Ayala Barroso

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

Palabras Clave: chest pain, echocardiography, aortic aneurysm

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Objetivos: El dolor torácico (DT) es una de las causas más frecuentes de visita a los servicios de urgencias hospitalarios (SUH). Presenta un diagnóstico diferencial amplio, que incluye patologías potencialmente mortales como los síndromes coronarios agudos, neumotórax a tensión, disección de aorta, tromboembolismo pulmonar y taponamiento cardíaco. Una buena entrevista clínica y exploración física, así como un electrocardiograma (ECG), nos pone en pista rápidamente del probable origen de el dolor torácico. Asimismo, las pruebas de imagen como la radiografía de tórax (RxTx) o la ecocardiografía nos permiten afinar más en nuestro diagnóstico. Material o pacientes y método: Varón de 37 años de edad, hipertenso, fumador de 15 cigarrillos/día y índice de masa corporal 33,9, que acude urgencias por cuadro de dolor centrotorácico opresivo, irradiado hacia mandíbula, con náuseas y diaforesis, de 2 horas de evolución mientras realizaba actividad física. Estable a su llegada, con tendencia a la hipotensión (90/58) con mejoría parcial del dolor tras administración de nitroglicerina sublingual. Presentaba una auscultación cardiopulmonar normal, sin soplos. No había signos de déficit neurológico. Los pulsos periféricos eran palpables y simétricos. El ECG presentaba un ritmo sinusal a 55 latidos por minuto, con trastornos en la repolarización ventricular en cara inferior (ascenso punto J de < 0,5 mm en derivaciones II, III y aVF). La RxTx portátil no mostraba ensanchamiento mediastínico claro. Las enzimas miocárdicas estaban dentro de la normalidad. Resultados: Se realizó un ecocardiograma en urgencias que mostró una dilatación de raíz aórtica de 56 mm, sin alteraciones valvulares ni trastornos segmentarios. Con este hallazgo, y ante la sospecha de disección aórtica, se solicitó AngioTC Torácico, el cual mostró una disección de aorta tipo A. El paciente fue llevado de forma urgente a cirugía cardíaca, con buen resultado

Conclusiones:

El uso de la ecocardiografía en los SUH, incluso por parte del médico de urgencias (con formación básica en cardiología y ecocardiografía), constituye una herramienta eficaz para el manejo del dolor torácico, como así ha quedado palpable en este caso, permitiendo tener una sospecha diagnóstica que la clínica no nos había proporcionado.

P-584

SÍNDROME CORONARIO AGUDO POR TOMA DE TRIPTÁN

N Campos Olivé, M Martínez Fort, S González Caminero, G Prado Paz, R Díaz Contrera, A Gallego Peris

Hospital de Manises. Valencia

Palabras clave: dolor en el pecho, anamnesis, trastornos migrañosos

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: El dolor torácico es una de las causas más frecuentes de consulta en urgencias, siendo la anamnesis el pilar fundamental para poder realizar un diagnóstico diferencial entre distintos tipos de dolor torácico, y dentro de un tipo, descubrir la etiología probable del mismo. OBJETIVO: el caso pretende exponer que ante clínica de dolor torácico de características isquémicas puede existir una etiología no esperada. MATERIAL Y MÉTODO: paciente de 43 años sin alergias medicamentosas conocidas, sin antecedentes médicos de interés, fumador de 40 cigarrillos al día desde hace 20 años y que no toma tratamiento habitual, que acude a urgencias hospitalarias con clínica de dolor centrotorácico opresivo, parestesias en brazo derecho y cortejo vegetativo, sin otra clínica acompañante, a los 20 minutos tras toma de zolpitriptán por crisis migrañosa. Se explora, se solicita analítica, radiografía de tórax y electrocardiograma RESULTADOS: A la exploración presenta buen estado general, eupneico en reposo, tensión arterial 109/70, temperatura 36.3 grados centígrados, frecuencia cardíaca 55 latidos por minuto (lpm), saturación de oxígeno 98%, no ingurgitación yugular. A la auscultación cardiopulmonar, tonos rítmicos sin soplos, hipoventilación generalizada, abdomen anodino, no edemas en miembros inferiores ni signos de trombosis venosa profunda, pulsos presentes y simétricos, sin focalidad neurológica ni meningismo. Electrocardiograma con ritmo sinusal a 66 lpm sin alteraciones de la repolarización, radiografía de tórax sin hallazgos reseñables. En analítica destaca troponina de 0.260, que en seriación a las 6 horas es de 1.370 y en una tercera es de 0.420 Ingresa en planta y se realiza ecocardiograma normal. Evoluciona favorablemente con normalización de troponina y asintomático, por lo que se da el alta con control por cardiología y recomendando que no tome triptanes.

Conclusiones:

El riesgo de los efectos secundarios de algunos medicamentos supera el beneficio de su efecto terapéutico. La importancia de la anamnesis para determinar las causas de las patologías de nuestros pacientes.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-587

TETRAPARESIA DE APARENTE ETIOLOGÍA TRAUMÁTICA. LAS APARIENCIAS ENGAÑAN

C Monroy Gómez, A Santamaría Marín, P Lupiáñez Seoane, R Muñiz Alonso, F Jiménez Aragón, M Claramonte de la Viuda

Hospital General Universitario de Ciudad Real

Palabras Clave: compresión medular, cáncer de pulmón, resonancia magnética nuclear

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 52 años, exfumador, que consultó en urgencias por pérdida de fuerza en extremidades. Hacía 5 días, al realizar sobreesfuerzo físico, percibió sensación de tirón muscular con dolor cervical y pérdida de fuerza en miembro superior izquierdo. Progresivamente, presentó pérdida de fuerza en el derecho y en miembros inferiores. En la exploración, presentaba hipotonía en las cuatro extremidades y nivel sensitivo D2. Se palpaba globo vesical. Se solicitó resonancia magnética (RM) urgente en la que se objetivó afectación morfológica de C6 con componente de partes blandas que comprimía el cordón medular a nivel C5-C6. Los hallazgos eran sugestivos de espondilodiscitis, sin poder descartar afectación tumoral. El paciente fue intervenido de urgencia mediante laminectomía y resección de masa tumoral muy vascularizada que comprimía la medula a nivel posterior de C6. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, recuperando la movilidad de las cuatro extremidades y la continencia esfinteriana. La biopsia fue compatible con metástasis de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado. Se completó estudio, con resultado de carcinoma epidermoide de pulmón derecho como tumor primario, recibiendo tratamiento quimio- radioterápico.

Conclusiones:

La compresión medular es la segunda complicación neurológica más frecuente en los pacientes con enfermedad metastásica. Se presenta en el 5% de los pacientes oncológicos, constituyendo la presentación inicial de la enfermedad en el 10% de los casos. El cáncer de pulmón es la causa de mayor mortalidad por cáncer en el mundo. Los motivos de consulta más habituales son el síndrome general, dolor torácico y hemoptisis, suponiendo hasta el 60% de las consultas. Ocasionalmente los síntomas son consecuencia de las metástasis a distancia, en ausencia de clínica respiratoria y anormalidades evidentes en la radiografía de tórax. El hueso es uno de los lugares más frecuentes, especialmente a nivel vertebral. El dolor es el síntoma más común. La localización más habitual es la dorsal (70%), siendo la cervical la más inusual (10%). El diagnóstico se basa en una historia clínica y exploración detalladas con el apoyo del estudio radiológico, siendo la RMN la técnica de elección. El factor pronóstico principal es la rapidez en el diagnóstico e instauración del tratamiento

P-588

¿SE ASOCIA EL USO DE DOPAMINA EN PACIENTES EN ESTADO DE SHOCK CON LA APARICIÓN DE ARRITMIAS CARDIACAS?

JE Cobo Muñoz, J Beteta Moya, C Fernández Alcalá, AF Perea Fernández

Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras clave: shock, dopamina, arritmias cardiacas

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Varón, 65 años, antecedentes de HTA y enolismo crónico. Refiere cuadro de astenia y fiebre de 5 días de evolución. Asocia síntomas de infección de orina, en tratamiento con Monurol 3 g, sin mejoría. Esta mañana sufre episodio sincopal autolimitado, de corta duración, con pródromos, motivo por el que consulta. Exploración Física: Mediano estado general, eupneico en reposo, febril (38°C) e hipotenso (TA:70/50 mmHg). Glasgow 15/15.ACR: Tonos cardiacos rítmicos y taquicárdicos (103 lpm). Soplo sistólico mitral. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: No doloroso, ligera hepatomegalia. Puño percusión renal bilateral negativa. Miembros inferiores sin edemas. Ante inestabilidad hemodinámica, el paciente ingresa en Área de Observación de Urgencias, iniciándose tratamiento con sueroterapia, antitérmicos y antibioterapia empírica. Pruebas Complementarias: ECG: Ritmo sinusal, a 97 lpm, eje normal. En analítica destaca: neutrofilia 90%, plaquetas 64.000, creatinina 2, sodio 130, PCR 244, DD 7400. Nitritos POSITIVOS en Sistemático de Orina. Radiografía Tórax: Discreto aumento de índice cardiotorácico. TAC Craneal y ECO Abdominal: Normales. Juicio Clínico: Shock Séptico: Foco Urológico. Ante persistencia de hipotensión mantenida a pesar de fluidoterapia, se inicia tratamiento con perfusión de Dopamina. Transcurridas aproximadamente 12 horas, se evidencia en monitor electrocardiográfico, trazado compatible con Fibrilación Auricular a 150 lpm, medianamente tolerada por el paciente. Ésta se confirma con la realización de electrocardiograma. Se inicia anticoagulación y control de la frecuencia cardiaca con Digoxina, ante limitación terapéutica por valores de tensión arterial y desconocimiento de presencia o no de cardiopatía estructural y se procede a la retirada de perfusión de Dopamina. El paciente evoluciona satisfactoriamente con sueroterapia, persistiendo Fibrilación Auricular con control de FC (83 lpm). Una vez estabilizado se cursa su ingreso hospitalario.

Conclusiones:

El shock (séptico, cardiogénico o hipovolémico) es una patología prevalente, con elevada incidencia en los servicios de urgencias. Su manejo inicial se basa en la administración de líquidos, pero no siempre es suficiente, teniendo que recurrir a fármacos vasoactivos para estabilizar al paciente y corregir la hipotensión. Dopamina y Noradrenalina son fármacos de primera elección según guías vigentes, aunque no está definido cuál resulta más eficaz. El uso de Dopamina es muy



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

habitual en nuestro medio, siendo aún considerada como fármaco de primera elección. Existen estudios que sugieren que la administración de Dopamina se asocia a una mayor incidencia de arritmias cardiacas, principalmente Fibrilación Auricular e incremento de la mortalidad sobre todo en el subgrupo de pacientes con shock cardiogénico.

P-589

TAQUICARDIA VENTRICULAR POR FLECAINIDA EN PACIENTE CON FIBRILACIÓN AURICULAR. ¿CUÁNDO DEBEMOS USARLA? EVIDENCIA ACTUAL

F Moreno Calatrava (1), E Prado Mel (2), M Gil López (1), AB Rojas Ramírez (1)

(1) Hospital de la Merced (Área de gestión Sanitaria de Osuna),

(2) Hospital La Inmaculada (Huércal Overa). Sevilla

Palabras clave: flecainide, heart diseases, tachycardia, ventricular

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 71 años, HTA, FA paroxística sin eventos. Tratamiento: sinronizado, flecainida 100 mg/12 h, irbesartán 300 mg-hidroclorotiazida 12,5 mg/24 h, amlodipino 5 mg/ 24 h. Episodio previo de FA paroxística que cede con flecainida oral 300 mg en urgencias. En ecocardio encontramos hipertrofia concéntrica moderada (HVI) (15 mm), sin alteraciones de contractilidad. FE 68%. Resto normal. EKG: RS y BIRDHH. Acude a urgencias por presentar episodio de sudoración fría con sensación de dolor torácico no irradiado. Tras toma en domicilio de flecainida 100 mg acude al hospital con sensación de mareos, sin dolor torácico, sin disnea, presentando EKG en triaje con taquicardia ventricular (TV) monomorfa sostenida autolimitada a 6 segundos sobre la base de FA con bloqueo incompleto de rama derecha del haz de His (BIRDHH) a 150 lpm. Exploración y pruebas complementarias con enzimas cardiacas y Rx torácica negativas. JC: TV sobre una FA a 150 lpm con BIRDHH por flecainida.

Conclusiones:

Según la ESC de FA 2010/2012, la flecainida está indicada en cardioversión por vía intravenosa y oral (pill-in the-pocket) si no hay cardiopatía estructural significativa (IA) y si se ha comprobado eficacia y seguridad de la vía oral en ámbito hospitalario (IIaB). También como antiarrítmico a largo plazo para aliviar síntomas asociados a la FA, eligiendo el más seguro (IA). ¿Pero qué es cardiopatía estructural significativa? Son la insuficiencia cardíaca (IC), HVI > 14 mm y enfermedad coronaria. En HVI y presencia de bloqueos de rama, nos habla de un uso con precaución y monitorización del QRS. En nuestro caso, al no presentar eventos no tenía indicación de tratamiento aunque la elección de flecainida es correcta (IA). Como en episodio previo revirtió a RS con flecainida 300 mg en urgencias y no presentaba cardiopatía estructural significativa, se recomendó 'pill-in the pocket' en recurrencias (IIaB). En episodio actual y tras tomar flecainida se objetiva TV autolimitada sobre una FA con BIRDHH. En ecocardio realizada encontramos HVI 15mm (precaución) y AI dilatada, pero sin IC ni enfermedad coronaria. La situación es correcta según la evidencia, pero los criterios para definir cardiopatía estructural significativa para el uso de flecainida son muy laxos. Se requieren nuevos estudios para ajustar las indicaciones a nuestros pacientes y evitar eventos proarrítmicos de alto compromiso vital.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-591

DISECCIÓN CORONARIA ESPONTÁNEA POST-IAM

**M Guzmán Regalado, F Rico Rodríguez, A García Sánchez,
S López Escudero, M Guisado Pérez, A Medina Fernández,
L Waitoto Aguirre**

Hospital Comarcal Valle de Los Pedroches. Pozoblanco, Córdoba

Palabras Clave: disección, vasos coronarios, infarto del miocardio

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 56 años, acude al servicio de urgencias por dolor torácico. Antecedentes Personales: Fumadora activa, no otros factores de riesgo conocidos. Sufrió un infarto agudo de miocardio (IAM) hacía un mes, subepicárdico anteroinferolateral con colocación de cinco stents farmacoactivos y convencionales en descendente anterior, circunfleja y obtusa marginal. Refiere dolor centro-torácico opresivo irradiado a región interescapular, de una hora de evolución en reposo, acompañado de náuseas y sudoración fría, que cedió parcialmente con 2 comprimidos de nitritos sublinguales, con características similar al episodio previo. EXPLORACIÓN FÍSICA: Buen estado general, consciente y orientada, bien perfundida, eupneica. Tensión arterial 132/78 mmHg, frecuencia cardíaca 76 lpm, saturación basal 96%, frecuencia respiratoria 14 rpm, afebril. Auscultación cardíaca con latidos rítmicos, sin soplos. Auscultación respiratoria con murmullo vesicular conservado, sin ruidos añadidos. Abdomen anódino. Extremidades inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa. Electrocardiograma con ritmo sinusal y T invertidas en todas precordiales (post- cateterismo inversión de T V1-V4). Analítica: enzimas cardíacas (creatinquinasa y troponina I normales), pro-Péptido natriurético cerebral de 1002,0 pg/mL. Radiografía de tórax sin cardiomegalia. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE URGENCIAS: Síndrome coronario agudo, disección de aorta, dolor torácico atípico, espasmo esofágico, etc. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Ecocardiograma con función global conservada y leve hipoquinesia apical (similar tras cateterismo). Angiografía por tomografía computada (angiotac) disección leve del tronco celíaco previo a su división, disección proximal al stent que se extiende al tronco común izquierdo, disección de aorta infrarrenal hasta origen de íliaca común derecha. Realizando revascularización con colocación de stent intracoronario y sellado de la falsa luz. DIAGNÓSTICO FINAL: Disección coronaria espontánea tras infarto agudo de miocardio.

Conclusiones:

Ante el antecedente de IAM y clínica similar al episodio previo, estabilidad hemodinámica y normalidad de pruebas complementarias, se debía descartar en primer lugar una coronaria. La disección coronaria espontánea es una causa grave e infrecuente de síndrome coronario agudo. Su incidencia probablemente sea infraestimada, la mayoría del diagnóstico se establece tras el fallecimiento. El caso

descrito refleja una patología que en urgencias tal vez no sea posible llegar a un diagnóstico y tratamiento definitivo, pero es relevante su papel en el enfoque inicial y crucial para el óptimo desenlace.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-592

VARÓN DE 32 AÑOS CON CEFALEA CON DATOS DE ALARMA

ML Buceta Picasso Martínez (1), LC Visado Campillo (2), A Marchán Martín (1), J Pérez Hopkins (1), C Díaz Cardona (1), T Martín Quiles (1), A Ramos Fernández (1)

(1) Hospital Universitario Fundación Alcorcón, (2) Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Palabras Clave: headache, brain, neoplasms

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Varón de 32 años, sin alergias conocidas, con antecedentes de síndrome depresivo en tratamiento con clomipramina. Acude a Urgencias por cefalea bifrontal opresiva de diez días de evolución, que le despierta por las noches y mejora al inclinarse hacia delante. Asocia en la última semana varios vómitos, sin otra sintomatología digestiva asociada. Había sido valorado, hacía dos semanas por mareo sin giro de objetos, que mejoró inicialmente con betahistina, pero persiste actualmente inestabilidad de la marcha. La exploración física general era normal, y en la exploración neurológica destaca únicamente una mínima dismetría en la prueba dedo-nariz con MSI y una llamativa inestabilidad al realizar la marcha en tándem. Se realiza en Urgencias una analítica de sangre que es normal y un TC craneal en el que se evidencia una lesión ocupante de espacio en fosa posterior y hemisferio cerebeloso derecho de 41 cm de diámetro mayor, quística con un polo sólido que realza contraste en el centro de la lesión, con importante edema vasogénico adyacente, sugestivo de tumoración cerebelosa primaria, asociado a leve hidrocefalia.

Conclusiones:

El 90-95% de las cefaleas, son cefaleas primarias, sin base estructural identificable y solo un 10-15% se van a deber a procesos estructurales o infecciones (cefaleas secundarias). Para diferenciar unas de otras es fundamental la anamnesis, incidiendo sobre los datos de alarma (cefalea intensa de comienzo agudo, empeoramiento reciente de cefalea crónica, cefalea siempre del mismo lado con algunas excepciones concretas, cefalea precipitada por la tos, cambio postural o esfuerzo, cefalea en edades extremas, manifestaciones acompañantes, características atípicas o sin respuesta al tratamiento correcto, presentación predominantemente nocturna y en pacientes oncológicos o inmunodeprimidos), y una buena exploración física. Ante la presencia de datos de alarma en la anamnesis o alguna alteración de la exploración física neurológica será necesaria la realización de pruebas complementarias. Entre las cefaleas secundarias encontramos las neoplasias del sistema nervioso central, el astrocitoma pilocítico es el tumor glial más frecuente en jóvenes. Son tumores de bajo grado y poco invasivos, cuya localización principal es cerebelo, hipotálamo, quiasma óptico y médula espinal.

P-593

MANIFESTACIÓN CLÍNICA Y ELECTROCARDIOGRÁFICA DE SCACEST COMO PRESENTACIÓN DE UN CASO DE MIOCARDIOPATÍA DILATADA EN UN PACIENTE JOVEN SIN HÁBITO EÓLICO

A Lozano Vicente (1), MJ Martínez López (2), R Aranda Colubi (3)

(1) CS San José de La Rinconada, (2) CS Santa Olalla del Cala. Sevilla

Palabras Clave: cardiomyopathy dilated, acute coronary syndrome, symptoms

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Acude a urgencias de AP un paciente de 44 años de edad, fumador (único antecedente), con dolor centrotorácico opresivo junto a disnea mientras estaba en reposo. Sufre astenia intensa, con mareo y sudor al comenzar a deambular. Previamente el paciente tuvo un episodio único de disnea de esfuerzo dos meses antes. A la exploración se objetiva regular estado general con taquipnea y sudoración. ACR: latido rítmico a buena frecuencia con MVC y crepitantes en base izquierda. Pulsos simétricos bilaterales. No hepatomegalia. No edemas. TA: 150/100, SAT O2 90% (que se corrige con oxigenoterapia, EKG con elevación del ST de V1 a V4 con T picudas. Se sospecha SCACEST y es tratado como tal cuadro. Ya en el hospital evoluciona a EAP, respondiendo a tratamiento deplectivo y vasodilatador (nitratos). La primera analítica muestra leucocitosis (16.72×10^3 , Neutrófilos 78%, Linfocitos 13.4%, plaquetas 296000, Coagulación normal. Bioquímica: Glucosa 117 mg/dl, Urea 36.6 mg/dl, Creatinina 0.93 mg/dl, Na 138, K 4.23, PCR: 0.7. CPK 113. TnTh 8.4 Coronariografía: Coronarias sin lesiones angiográficas. ETT: VI ligeramente dilatado con paredes de grosor normal con hipoquinesia global y función sistólica severamente deprimida. En la analítica reglada al ingreso: ligera elevación de GGT (75 U/L, TSH elevada (7.29 micr UI/L) con T4 libre normal. Perfil de Fe: normal. Perfil nutricional: Ac fólico 13.82 ng/ml (4.60-18.70), Vit A 104 ug/dl (30-80), Vit E 2176 ug/dl (517-1808), Vit B12 335 pg/ml (191-663). RBP 6.88 mg/dl (3-6), Prealbumina 37.4 mg/dl (20-40) Ac (IgG) anti-nucleares negativo. Cardio RNM: Miocardiopatía dilatada idiopática. Disfunción sistólica moderada-severa. No fibrosis miocárdica. Durante el ingreso la evolución es favorable, diagnosticándose al alta de Insuficiencia cardíaca aguda. EAP. Emergencia hipertensiva. Miocardiopatía dilatada de origen no filiado, con disfunción sistólica severa.

Conclusiones:

La mayoría de los casos de Miocardiopatía Dilatada son idiopáticos. La forma más frecuente de presentación es en forma de insuficiencia cardíaca en sus distintos grados. Sin embargo existen otras formas de manifestación como son la cardiomegalia asintomática, arritmias, complicaciones embólicas, muerte súbita o como en nuestro caso, una forma mucho menos frecuente, con manifestación clínica y electrocardiográfica de SCACEST sin lesiones coronarias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-595

DE LA FIESTA AL QUIRÓFANO. COCAÍNA Y SUS REPERCUSIONES

**JA Sánchez Nicolás (1), MP Suárez Beke (1), P Lázaro Aragüés (1),
MJ Martínez Valero (1), N Rodríguez García (1),
A Enciso Espinosa (2)**

(1) Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia,

(2) Universidad de Murcia

Palabras clave: hemoventrículo, cocaína, exploración neurológica

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer 25 años, acude por episodio de mareo sin giro de objetos y sensación de desvanecimiento de minutos. No relajación de esfínteres ni convulsiones. Posteriormente comienza con cefalea occipital muy intensa de 24 horas de evolución. La cefalea le recuerda a crisis de migraña. Refiere episodio similar hace 10 días. Acude para administración intravenosa. Desde hace 10 días consume cocaína (1 g diario), lleva varios días sin dormir. Antecedentes personales: Crisis migraña sin tratamiento. Síndrome ansioso-depresivo. Tratamiento crónico: orfidal. Hábitos tóxicos: fumadora 10 cigarrillos/día y cannabis ocasional. Exploración física: 127/78 mmHg, Frecuencia cardíaca 70, Afebril. Glasgow 15. No Ingurgitación yugular, carótidas simétricas. Auscultación cardiopulmonar: rítmica, sin soplos con murmullo vesicular conservado. Abdomen: normal. Miembros inferiores: sin edemas. Exploración neurológica: Pupilas isocóricas y normoreactivas, reflejo fotomotor directo y consensuado, campimetría por confrontación, MOES y pares craneales normales, nistagmo horizontal a la mirada extrema, no disimetría, Barré y Minganssini sin claudicar, Reflejos conservados y simétricos. Marcha y Romberg normal. no signos meníngeos, Sin focalidad neurológica. Exploraciones complementarias: Analítica sangre y orina normal. ECG: ritmo sinusal 78 lpm, eje 60°, PR 0,20 sin alteraciones. Evolución: Se administra paracetamol intravenoso con mejoría clínica, asintomática, nueva exploración para valorar alta sin focalidad, tras finalizarla se observa mirada fija y desconexión del medio de segundos de duración, no disimetrías, se decide desestimar alta y petición de TAC craneal: imagen de alta densidad que sigue la distribución de los plexos coroideos de forma bilateral a nivel de III ventrículo, cuerpos ventriculares, astas occipitales y temporales compatible con hemoventrículo. Conclusión hemoventrículo que compromete ventrículos laterales y III ventrículo, sin signos de hidrocefalia. Se contacta con neurocirujano de guardia para intervención. Juicio clínico: Hemoventrículo.

Conclusiones:

Síndrome clínico-radiológico específico, siempre es necesario excluir un aneurisma. El 80% se debe a aneurisma aunque, otras causas son malformaciones arteriovenosas, coagulopatías, vasculitis, consumo de cocaína, disección de arterias cerebrales. No menos preciar nin-

guna cefalea. Importancia de realizar una buena historia clínica (que incluya consumo de tóxicos). Realizar exploraciones neurológicas seriadas, minuciosas y gran observación de los pacientes. Ante cefalea intensa tras consumo de tóxicos recurrente y que mejora parcialmente valorar pedir una tomografía computerizada.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-597

SOSPECHA DE MALOS TRATOS EN PACIENTE CON SÍNCOPE POR CAVERNOMA GIGANTE

CA Yago Calderón, E Caro Vázquez, E Espinola Coll

Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

Palabras clave: violencia contra la mujer, síncope

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer 50 años. ANTECEDENTES PERSONALES: hemitiroidectomía izquierda por BMN. MOTIVO DE CONSULTA: Hematoma e hinchazón hemifacial derecho espontáneo. Niega traumatismo, ni cuadro sincopal. Refiere sensación de parestias en MSD y mareo que la obliga a sentarse en vía pública, sin llegar a perder el conocimiento en ningún momento. Posteriormente refiere hinchazón progresivo infraorbitario derecho con hematoma, dolor, y hemorragia nasal ipsilateral, de forma espontánea. En la EXPLORACIÓN FÍSICA: observa gran hematoma infraorbitario y temporal derecho con lesiones erosivas superficiales frontales y cervicales, así como lesión erosiva en mano izquierda. Ante tales lesiones físicas, dado que la paciente acude sola, sin testigos de lo ocurrido y refiriendo aparición espontánea de las mismas, negando rotundamente traumatismo, se sospecha posible malos tratos, activando enfermería protocolo de violencia de género. En PRUEBAS COMPLEMENTARIAS destaca: Rectificación columna cervical, solución de continuidad osea en techo de maxilar derecho y hemiseno. Analíticas sin hallazgos patológicos. TC craneofacial: lesión intraaxial parietotemporal derecha captante de 5x5.6 cm, heterogénea, con calcificaciones en su interior, que asocia edema vasogénico y produce efecto masa, sugestivo de neoplasia primaria intraaxial como primera posibilidad, sin poder descartar malformación arterio-venosa trombosada. Fractura de pared lateral, techo y suelo de la órbita. EVOLUCIÓN: ingresa en observación para medidas antiedema cerebral. Policía localiza testigo de lo ocurrido en vía pública, refiriendo que la paciente sufrió cuadro sincopal mientras caminaba con traumatismo craneofacial. Con el resultado de la pruebas, se contacta con neurocirugía, trasladándose a hospital de referencia donde se realiza Angio-RMN cerebral confirmándose la existencia de cavernoma gigante con edema periférico y efecto masa contralateral, programándose intervención neuroquirúrgica.

Conclusiones:

Los cavernomas encefálicos son malformaciones vasculares infrecuentes. Su diagnóstico ha mejorado enormemente con la RMN. La tendencia a presentar hemorragia determina los síntomas en un porcentaje importante de pacientes, principalmente comicial o sincopal. El tratamiento quirúrgico está indicado en lesiones sintomáticas, debiendo considerarse el riesgo de hemorragia versus las posibles complicaciones postquirúrgicas. Se debe tener especial atención con las lesiones de tronco cerebral y ganglionar, dado su comportamiento más agresivo y mayor porcentaje de secuelas asociadas a los eventos hemorrágicos. Por otro lado su difícil acceso quirúrgico es un desafío para la neurocirugía.

P-598

HIPOMAGNESEMIA POR PÉRDIDAS DIGESTIVAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

IE Ferrero Fernández (1), Z Vázquez Álvarez (2), S Sánchez Menéndez (2), S Moreno García (2), P González-Quirós Fernández (3), Y García González (3)

(1) Hospital Valle del Nalón, (2) Hospital del Oriente de Asturias, (3) Hospital Valle del Nalón. Asturias

Palabras Clave: gastroenteritis, electrolitos, dolor abdominal

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Motivo de consulta: epigastralgia Antecedentes personales: Sin alergias. Trabaja en hostelería. HTA e hipercolesterolemia. A. reumatoide. Síndrome depresivo. Hernia de hiato. Tratamiento: naproxeno, prednisona, omeprazol, escitalopram. E. Actual: dolor abdominal de 2-3 días de evolución con vómitos y diarrea acuosa. Su esposo presenta diarrea también. Acude por persistencia de dolor epigástrico y refiere palpitaciones ocasionales, lo que se puso en relación con la gastroenteritis y la fiebre inicial. Exploración física sin hallazgos de interés, salvo ruidos intestinales aumentados. P. Complementarias: Bioquímica inicial sin alteraciones salvo hipopotasemia leve (3) y Tpus 6. Leucocitosis en hemograma. Radiografías de tórax y abdomen sin hallazgos. En el ECG llama la atención un descenso del ST de V3 a V6 y en II, III y aVF, no presente en previos. Se administran nitratos sublinguales, que mejoran el dolor. Se solicita determinación de magnesio al laboratorio, prueba no incluida en las pruebas de rutina de urgencias, encontrando niveles bajos del mismo (1,4), que se ponen en relación con la toma de omeprazol y la diarrea. Queda ingresada con monitorización por riesgo de arritmias y para control enzimático, que es negativo, y para reposición de electrolitos. Al corregir los niveles de magnesio, la alteración electrocardiográfica desaparece. Se da de alta tras resolverse la gastroenteritis.

Conclusiones:

El magnesio es una determinación no disponible en la mayor parte de laboratorios de urgencias. Una de las causas de hipomagnesemia son las pérdidas digestivas, y se conoce desde hace años el riesgo de hipomagnesemia en personas que consumen IBPs de forma prolongada. La hipomagnesemia predispone a la presencia de arritmias cardíacas, que en este caso aparentemente no surgieron, aunque se concluyó que las palpitaciones que contaba la paciente pudieran reflejar una taquicardia que ocasionara bajo gasto cardíaco, y de manera secundaria, alteraciones de la repolarización. Sería importante disponer de esta prueba en urgencias, ya que la reposición de este ion es algo sencillo y su manejo puede evitar desenlaces fatales de patologías banales como una gastroenteritis.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-600

LA IMPORTANCIA DEL ELECTROCARDIOGRAMA EN URGENCIAS

D Molina Galbraith, J Pacheco Sanjuan, MI Correa Rosales

Hospital Regional Universitario de Málaga

Palabras Clave: cardiomiopatía dilatada, insuficiencia cardiaca, disnea

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 43 años, trabajador almacén supermercado con antecedentes de Enfermedad de Crohn en tratamiento con mesalazina, no hábitos tóxicos. Acude a urgencias por tercera vez en 10 días por cuadro de disnea de esfuerzo grado funcional II/IV NYHA y tos persistente, sin fiebre sin expectoración, sin dolor torácico. No mejoraba a pesar de tratamiento broncodilatador asociando esteroides orales en los últimos 3 días. En exploraciones previas se constataba algún sibilante aislado en la auscultación con saturaciones del 99%, analítica y radiografías sin signos relevantes. En nuestra auscultación murmullo vesicular conservado en ambos hemitórax sin ruidos patológicos, tonos cardiacos rítmicos sin soplos. Como persistía la disnea, solicitamos electrocardiograma que muestra ritmo sinusal con bloqueo completo de rama izquierda e hipertrofia ventricular izquierda (índice de Sokolow > 5mV) con alteración repolarización secundaria. Interconsultamos con Cardiólogo por la conveniencia de estudio ecocardiográfico con resultado de miocardiopatía dilatada con fracción de eyección severamente deprimida, asincronía septal con insuficiencia mitral y tricuspídea moderada. Se ingresó en cardiología con diagnóstico de insuficiencia cardiaca y miocardiopatía dilatada para estudio.

Conclusiones:

Una vez más, la cuidadosa historia clínica con examen físico, electrocardiograma y radiografía de tórax continúan siendo fundamentales para diagnosticar patología urgentes, siendo en este caso la ecocardiografía el método no invasivo utilizado para diagnosticar la dilatación ventricular y valorar la fracción de eyección. La combinación de dilatación y disfunción sistólica del ventrículo izquierdo define a la miocardiopatía dilatada, este paciente no tenía antecedentes familiares ni consumía tóxicos (alcohol o cocaína). Las causas más comunes de miocardiopatía dilatada son: isquémica, hipertensiva, arritmias, quimioterápicos, tóxicos (alcohol, cocaína) enfermedades autoinmunes como lupus o Artritis reumatoide, infecciones víricas que afecten miocardio, exposición a metales pesados como el plomo, el arsénico o el mercurio y causas idiopáticas esta última con una incidencia de 5 a 8 casos por 100.000. El paciente tras ingreso y estudio cardiológico completo no le fue filiada el origen de su miocardiopatía dilatada, siendo diagnosticado de miocardiopatía dilatada idiopática e indicándose además de tratamiento médico la implantación de un dispositivo desfibrilador automático implantable.

P-601

UNA INTERVENCIÓN SENCILLA...

P Cuesta Rodríguez, A García Noriega, N Rincón Valero, A Langa Fernández, S Suárez Piñera, E Tovar Salazar, C Longo Alonso

Hospital de Cabueñes. Gijón, Asturias

Palabras Clave: marcapaso artificial, complicaciones posoperatorias, derrame pericárdico

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 79 años, independiente para actividades cotidianas, sin factores de riesgo cardiovascular. Presentaba bloqueo auriculoventricular de 2º grado Mobitz II por lo que esa mañana se le colocó un marcapasos bicameral (MP), siendo dada de alta sin incidencias. Posteriormente sufre mareo, con pérdida de conocimiento de segundos de duración y náuseas, acudiendo a Urgencias, donde también refiere dolor a punta de dedo en región esternal baja, transfixivo. A su llegada, paciente hipotensa (81/65mmHg), taquicárdica (110lpm), consciente, orientada, eupneica en reposo, con buena coloración de piel y mucosas. La exploración física es normal. Se realiza electrocardiograma, objetivándose taquicardia sinusal a 120 lpm con voltajes normales. Dado el contexto de la paciente se administran 500cc suero fisiológico 0.9% (SSF) y analgésicos. Se extrae analítica (destaca Troponina I 0.19) y se realiza Radiografía de tórax, la cual no presenta cambios respecto a previa (MP normoinserito sin cardiomegalia). Tras sueroterapia la tensión disminuye (60/45mmHg) por lo que se avisa urgente al cardiólogo para realización de Ecocardiograma, donde se objetiva derrame pericárdico severo entorno a cavidades derechas, que están colapsadas, con electrodo ventricular hacia ápex sin objetivarse donde termina. Se sospecha pues, perforación cardiaca por electrodo de MP con taponamiento cardiaco. Se contacta con Cirugía cardíaca del hospital de referencia para traslado tras estabilización de la paciente.

Conclusiones:

La singularidad del caso reside en la infrecuencia de las complicaciones relacionadas al implante de marcapasos encontrándose entre un 6-9 %, siendo la perforación cardíaca con derrame pericárdico severo una complicación excepcional. Además reseñar los múltiples diagnósticos diferenciales a los que orientaba el dolor torácico y síncope. Así como el hecho de que en las pruebas realizadas no se objetivaran datos que orientaran hacia posible taponamiento cardíaco (Rx y ECG normales), ni en la exploración física hubiera ingurgitación yugular llamativa. Por tanto, la anamnesis y la reevaluación constante del paciente (continuar con hipotensión tras sueroterapia) fueron vitales para ayudar a establecer el diagnóstico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-602

ESTREÑIMIENTO Y DOLOR ABDOMINAL. LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO EN URGENCIAS

M Bufoñ Jiménez, E Caro Vázquez, CA Yago Calderón, A Bufoñ Galiana, F Temborry Ruiz

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Palabras Clave: abdominal pain, emergency ultrasound, aneurysm

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente varón, 76 años, sin alergias conocidas, con hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia y cardiopatía isquémica tipo IAM (3 stents coronarios), recibido en Cuarto de Críticos por presentar, estreñimiento y dolor abdominal de 48 horas de evolución. Procedemos a monitorizar y explorar al paciente. La esposa refiere un vómito alimenticio y una deposición sin productos patológicos la madrugada previa, negando fiebre u otros síntomas. Durante la monitorización, el paciente sufre parada cardiorrespiratoria, que requiere maniobras de resucitación cardiopulmonar avanzada y aislamiento de vía aérea mediante intubación orotraqueal. Se evidencia hipotensión arterial y ritmo no desfibrilable. Se realiza ECOfast por Médico de Urgencias: existencia de aneurisma de aorta abdominal con disección y hemoperitoneo de pared abdominal izquierda. Se avisa a personal de UCI y Cardiología para ecocardiograma urgente. Se administra adrenalina, bicarbonato, ringer lactado y midazolam en perfusión. Se solicita analítica de sangre con enzimas cardíacas y analítica de orina, así como sangre en previsión y plasma. Cardiología realiza ecocardiograma, donde se visualiza ventrículo izquierdo hipertrófico con contractilidad disminuida, sin ser posible valorar defectos segmentarios de la contractilidad. Válvula nórtrica calcificada, con apertura disminuida. Raíz nórtrica visualizada de unos 5 cm, de dimensiones normales y sin imagen de flap. Derrame pericárdico leve. Se avisa a Cirugía Vascular y Anestesiología. Cirugía Vascular, tras estudiar las características del aneurisma, determina: rotura de aneurisma de aorta yuxtarenal no conocido previamente. Dadas las características anatómicas del aneurisma, que engloba ambas arterias renales, se agrava la situación del paciente, teniendo pocas posibilidades de solución quirúrgica. El paciente permanece hemodinámicamente inestable y se decide proceder a limitación de esfuerzo terapéutico. Se informa a la familia. El paciente sufre éxitus en pocos minutos.

Conclusiones:

El aneurisma aórtico y su rotura conllevan una elevada probabilidad de éxitus en nuestro medio. En un elevado número de pacientes, el diagnóstico se produce en estados muy avanzados, en ocasiones, con poco abordaje quirúrgico como en nuestro caso. Es por ello, que el diagnóstico precoz por imagen es fundamental, siendo primordial la realización de ecografía en Urgencias. En conclusión, consideramos fundamental el manejo como herramienta diagnóstica de la ecografía por el Médico de Urgencias.

P-603

BLOQUEO AURÍCULO VENTRICULAR COMPLETO ASINTOMÁTICO EN PACIENTE JOVEN

E Bellido Pastrana, R Gil Alcaraz, A Gómez Quiles

Urgencias. Hospital Punta Europa. Algeciras, Cádiz

Palabras Clave: arritmias cardíacas, bloqueo atrioventricular, bradicardia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 32 años que acudió a urgencias derivado por mutua laboral tras hallazgo casual (revisión médica programada) de bradicardia, con bloqueo aurículo ventricular completo. El paciente no refería cuadros sincopales, episodios de mareos, ni episodios de dolor torácico, ni disnea cuando realizaba esfuerzos. Practicaba deporte de forma ocasional sin incidencias. No alérgico a medicamentos. No antecedentes médicos de interés. Fumador de 3-5 cigarrillos/día. Bebedor ocasional. No consumo de tóxicos. No recuerda haberse ekg previo. Antecedentes familiares: sin episodios de muerte súbita o cardiopatías en familiares cercanos. Trabaja como gruísta a gran altura. Historia clínica: exploración física: Buen estado general, eupneico en reposo, bien hidratado y perfundido. Consciente, orientado y colaborador. Auscultación cardíaca: rítmica y sin soplos ni rones, a 50 lpm. Auscultación pulmonar: murmullo conservado. Abdomen blando, depresible, sin megalias y no doloroso a la palpación. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa. Temperatura axilar: 36,1°C. TA: 122/85 mmHg. Saturación arterial O₂: 97%. Frecuencia cardíaca: 48 x. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: EKG: bloqueo aurículo-ventricular de 3º grado con respuesta ventricular a 46x. No trastornos repolarización Rx Torax: sin hallazgos patológicos. Hemograma: Leucocitos 8,2 (fórmula normal) Hb 13,3 g/dl. Plaquetas 279 Coagulación: normal Bioquímica: Glucosa 97. Urea 32. Creatinina 1,09. Resto de iones y marcadores cardíacos normales Gasometría venosa: pH 7,38. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE URGENCIAS: Bloqueo AV completo congenito Bloqueo AV secundario a fármacos o tóxicos Bloqueo AV secundario a trastornos iónicos Bloqueo AV secundario a conectivopatías o trastornos metabólicos Bloqueo AV secundario a cardiopatía isquémica EVOLUCION: Se monitorizó al paciente durante 8 h, sin cambios en su estado. Se consulto con cuidados intensivos, y dada la profesión del paciente se propuso colocación de marcapasos definitivo (VDDCO). Tras intervención fue dado de alta desde UCI a las 24 h, derivándose a consultas externas de cardiología para completar estudio. DIAGNOSTICO FINAL: Bloqueo aurículo-ventricular de 3º grado asintomático.

Conclusiones:

En pacientes con bloqueos AV completos es importante filiar posibles desencadenantes (fármacos, tóxicos, cardiopatías, metabolopatías, etc.) sobre todo si son tratables. El tratamiento en urgencias de los



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

bloqueos AV completos en pacientes jóvenes viene determinado por la presencia o no de síntomas y por los posibles riesgos a los que pudiera estar expuesto (laborales, actividades deportivas).

P-604

UNA RARA CAUSA DE EMBOLISMO PULMONAR

P Suanzes Díez, A Redondo Benito, D Hernández Morales, V Vargas Blasco, JF Andrés Cerdón, J Llaneras Artigues

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona. CIBEREHD. Barcelona

Palabras Clave: pulmonary embolism, embolization, therapeutic, hypertension, portal

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

En pacientes con encefalopatía hepática refractaria al tratamiento convencional, la detección de shunts-portosistémicos y su embolización es una opción terapéutica a tener en cuenta dado sus buenos resultados. Una complicación poco frecuente de la embolización de estructuras vasculares es la migración del material con las subsiguientes complicaciones. Presentamos el caso de una mujer de 59 años afecta de una hipertensión portal no cirrótica secundaria a hipoplasia de la vena porta. A pesar de una función de síntesis hepática conservada, la paciente desarrolló encefalopatía hepática recurrente refractaria a las medidas convencionales de tratamiento. Se atribuyó la refractariedad a la evidencia de importante circulación colateral a través de venas gástricas que drenaban a la vena cava superior a través del sistema ácidos. Por este motivo se procedió a la embolización de vena gástrica con resolución de la encefalopatía. Al cabo de un año consultó en urgencias por disnea progresiva de 15 días de evolución hasta hacerse de mínimos esfuerzos, con saturación del 91% sin inestabilidad hemodinámica ni otra clínica concomitante. Se realizó radiografía de tórax que mostró material de embolización a nivel infradiaphragmático compatible con shunt ya tratado y múltiples imágenes radioopacas en ambos campos pulmonares, sin otras alteraciones significativas. Ante la sospecha de patología embólica se realizó angioTC torácico urgente que evidenció imágenes hiperdensas metálicas en ramas periféricas de todo el territorio pulmonar sugestivas de migración a nivel pulmonar del material de embolización. La portografía mostró desprendimiento del adhesivo utilizado para realizar la embolización a nivel del shunt. Ante la imposibilidad de actuar sobre los émbolos ya establecidos y de cara a intentar evitar nuevas migraciones se procedió a re-embolización del shunt sin complicaciones. La paciente presentó una correcta evolución sin progresión de su hipoxemia ni inestabilidad hemodinámica.

Conclusiones:

El desprendimiento y posterior migración del material de embolización puede tener lugar incluso meses o años tras el procedimiento inicial y puede afectar a diferentes territorios. Dada la potencial gravedad de esta complicación, es importante tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de pacientes con antecedentes de embolización.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-606

DOLOR TORÁCICO TRAS PONERSE UNA CHAQUETA PARA IR A PASEAR

G Bejarano Redondo, L Fuertes Valles, MT Ayuso Aragonés, E Muriel Patino, ME Calvin García, MM Jaén Cañadas, MJ González Viñolis

Hospital Universitario La Paz. Madrid

Palabras Clave: aortic dissection, giant cell arteritis, aortic rupture

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 72 años sin FRCV, con arteritis de células gigantes (ACG) tratada con metotrexate por mal control con corticoides. Acude por dolor centrotorácico opresivo, brusco, no irradiado, con diaforesis, que comenzó al ponerse una chaqueta para salir a pasear. Exploración con regular estado general. TA 116/68, FC 90 lpm, pulsos radiales/femorales (+) simétricos. Auscultación cardiaca/pulmonar normal. ECG normal. Analítica con troponina normal. Radiografía de tórax: elongación de cayado aórtico y aorta ascendente. Iniciamos nitroglicerina sin controlar el dolor, por lo que se realizó TAC toráco-abdominal: no signos de disección, aneurisma de aorta ascendente sin complicación. Se administró paracetamol con mejoría. A las 3 horas presentó intensificación del dolor, síncope y disociación electromecánica. Se inició RCP avanzada. Ecocardio: derrame pericárdico masivo. Se realizó pericardiocentesis de líquido hemático, recuperando pulso. Con la sospecha de disección de aorta con taponamiento cardiaco, se trasladó a quirófano, donde se confirmó el diagnóstico. La paciente entró en asistolia y falleció a las 4 horas.

Conclusiones:

La disección aórtica es infrecuente (incidencia 3,5/100.000 pers/año) pero catastrófica, causada por el desgarro de la íntima. Los factores predisponentes son: edad, varón, HTA, anomalías congénitas de válvula aórtica, traumatismos, enfermedades del tejido conjuntivo y vasculitis de tamaño medio-grande. El diagnóstico diferencial debe hacerse con IAM, insuficiencia aórtica aguda, pericarditis, pleuritis, perforación de víscera hueca y dolor musculoesquelético. La analítica, la radiografía de tórax y ECG son normales en la mayoría de los casos. La ecocardiografía nos puede dar información importante y diagnóstica a pie de cama. El TAC toráco-abdominal tiene una sensibilidad y especificidad cerca del 100%. La afectación aórtica es una complicación infrecuente de la ACG (10-15%), más habitual en > 50 años. La inflamación afecta principalmente al cayado aórtico. Es un evento tardío de la ACG, se presenta unos 7 años tras el diagnóstico, como media, y la mortalidad es mayor en pacientes con tratamiento glucocorticoideo insuficiente durante el primer año. Concluimos que debe tenerse un alto grado de sospecha de síndrome aórtico agudo en un paciente con dolor torácico intenso sin cambios eléctricos, sobre todo cuando se acompaña de factores predisponentes, como puede ser la ACG.

P-607

ME SUBE LA ADRENALINA...

C Gago Bellido, V Alcover Medina, A Vigo Peiro, A Ayestaran Maso, C Milian Donet, Y Donat Sanz, A Cherino Talens

Hospital de Liria. Valencia

Palabras Clave: anafilaxia, angioedema, adrenalina

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 60 años con antecedentes de HTA de reciente diagnóstico e hipotiroidismo, que acude a Urgencias por hinchazón de lengua y sensación de ocupación faringea, con disfagia y disartria de unas horas de evolución. Sensación de disnea y dificultad para respirar. Niega toma de fármacos nuevos (excepto candesartán/hidroclorotiazida desde hace dos semanas) y la noche anterior cenó pescado frito. Nunca episodios similares al actual. A su llegada estable hemodinámicamente, pero con signos evidentes de angioedema, por lo que se le administra Adrenalina 0.5 mg im. Tras falta de mejoría, y administración de corticoides y antiH1 se le administra una segunda dosis de Adrenalina 0.5 mg iv. La paciente presenta inmediatamente dolor torácico opresivo, sudoración, hipertensión arterial e inicialmente taquicardia por monitor. Tras un minuto de la administración de la adrenalina, comienza con disminución del nivel de conciencia, PA 70/50 mm Hg, Sat O2 70% con VMK al 50% y FC de 40 lpm. En ECG descenso de ST hasta 3 mm en cara anterolateral e inferior con ascenso en aVR. Ritmo nodal por monitor a 40 lpm con QRS estrecho. Se le administra Atropina 1 mg iv, fluidoterapia y oxigenoterapia con mejoría de la FC, Sat O2 y nivel de conciencia. Se estabiliza y se traslada a UCI. Durante su estancia en Intensivos mejoría del edema de lengua con antihistamínicos hasta normalización. Estabilidad hemodinámica. Cifra de marcadores de daño miocardio con pico máximo de 10 pg/dl, en descenso. Normalización ECG desde su llegada a UCI. El diagnóstico es edema angioneurótico secundario a candesartán y angor secundario a la administración de adrenalina endovenosa.

Conclusiones:

La adrenalina es el fármaco más eficaz para el tratamiento de la anafilaxia. Debe administrarse de forma precoz, ya que mejora la supervivencia. La vía intramuscular es de elección en el tratamiento inicial, y la vía intravenosa está indicada en pacientes que no responden a la vía im. No existen contraindicaciones absolutas en el uso de adrenalina, aunque presenten mayor riesgo pacientes ancianos, con cardiopatía isquémica, en tratamiento con fármacos vasoconstrictores o arritmogénicos o con intoxicación por cocaína o anfetaminas. En estos casos utilizaremos la mínima dosis eficaz.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-608

ANEURISMA DE CARÓTIDA INTERNA COMO CAUSA INFRECUENTE DE CEFALEA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

M Gil López (1), F Moreno Calatrava (1), E Prado Mel (2), AB Rojas Ramírez (1)

(1) Hospital Nuestra Señora de La Merced. Osuna,

(2) Hospital La Inmaculada. Sevilla

Palabras Clave: carotid artery aneurysm, emergencias neurologic manifestations, endovascular procedures

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 46 años que acude a urgencias por cefalea frontal intensa, brusca de 24 horas de evolución que le impide conciliar el sueño. No fiebre ni vómitos. Exploración: Consciente y orientada. TA 130/96, FC 66 lpm. Afebril. Cardiorrespiratoria normal. Neurológico: Glasgow 15/15. Pupilas isocóricas y normoreactivas, pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservadas. No disimetría. Barre y Romberg negativo. Marcha y equilibrio normal. Se solicita hemograma y coagulación normales y TAC de cráneo ante el carácter brusco de la cefalea, observando posible imagen de lesión aneurismática que se confirma tras infusión de contraste IV: Aneurisma de carótida interna izquierda de 8 mm de diámetro en cisterna supraselar justo antes de la salida de la arteria cerebral media izquierda sin signos de sangrado. Ante estos hallazgos se decide derivación a Neurocirugía de Hospital de referencia para valoración y decisión terapéutica correspondiente. Se realiza Arteriografía de Troncos Supraaórticos bajo anestesia general confirmándose Aneurisma Carótida interna izquierda sacular paraclinoideo (ejes máximos de 7x6x5 mm), se introduce catéter guía procediendo al cierre con técnica asistida con balón con oclusión completa del aneurisma y permeabilidad de ramas adyacentes

Conclusiones:

Según la ICHD-III beta (International Headache Society) de 2013 la cefalea atribuida a un aneurisma sacular no roto no suele presentar características específicas apareciendo como síntoma en aproximadamente una quinta parte de estos pacientes aunque se desconoce si esta asociación es fortuita o causal. Varios estudios revelan que aproximadamente la mitad de los pacientes con hemorragia subaracnoidea aneurismática refieren aparición repentina de cefalea severa en un período de cuatro semanas anteriores al diagnóstico de la hemorragia. Debido que al menos uno de cada tres pacientes con hemorragia subaracnoidea aneurismática recibe un diagnóstico inicial incorrecto, y dados los riesgos de un nuevo sangrado, los pacientes con cefalea súbita severa en urgencias deberían ser candidatos a la realización de pruebas de neuroimagen a pesar de presentar una exploración neurológica normal. La mayoría de los aneurismas no rotos deben tratarse de forma preventiva, aún cono-

ciendo los riesgos de dicho tratamiento debido a la alta mortalidad de la posible hemorragia causada por una disección del aneurisma. El tratamiento endovascular ha ido evolucionando en aumento en las últimas décadas. Existen publicaciones que demuestran una clara ventaja de técnicas endovasculares frente a cirugía convencional.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-609

¿TÍPICO DOLOR TORÁCICO?

AM Cordovilla Moreno, VM Madrid Ferreiro, MI Salobreña Sánchez, S Martínez Saldumbide, MR López Díaz, F Sánchez Salmerón, EM Guirados Granado

Hospital Universitario Santa Lucía. Aguadulce, Almería

Palabras Clave: infarto de miocardio, corazón, cateterismo

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 50 años sin Antecedentes cardiovasculares de interés salvo fumador de 3-5 cigarros al día. Acude a Urgencias de hospital comarcal por dolor torácico en 3 ocasiones a lo largo del día de carácter opresivo sin irradiación, sin cortejo vegetativo de 2-3 minutos de duración. Tras valoración y resultados de primera analítica se comenta con Cardiología decidiendo traslado, pero a su llegada y tras clínica y ECG seriado se consulta con UCI, realizándose ingreso a su cargo. Pruebas complementarias: ECG 1º: normal. ECG 2º: elevación ST II, III y AVF. ECG 3º: normal. Analítica: troponina I 0.1 y troponina U: 29. Coronariografía: Tronco común izquierdo sin lesiones, Descendente anterior (DA) placa de 40% en 1/3 próxima, fenómeno Milking, Circunfleja (Cx) con placa 50% a nivel ostial y con placa severa en 1/3 medio. Coronaria derecha (CD) placa severa en 1/3 medio. Se realiza Stent farmacoactivo sobre Coronaria derecha y circunfleja. Ecocardiografía FEVI global conservada. Juicio clínico: Síndrome coronaria agudo con elevación transitoria del ST localización inferior con revascularización Stent CX y CD. Efecto milking DA.

Conclusiones:

Caso frecuente en urgencias como es el dolor torácico, pero en esta situación podemos tener en cuenta dos consideraciones: 1) La importancia de los electrocardiogramas seriados, puesto que lo que ocurra con ellos nos podrá orientar hacia el diagnóstico definitivo o la decisión evolutiva. 2) El paciente presenta coronariografía 2 lesiones en coronarias candidatas a Stent las cuales podrían ser las causantes de la elevación del ST en el ECG, pero no podemos pasar por alto el Efecto Milking: las arterias coronarias principales tienen un trayecto epicárdico en algunos pacientes, pequeños segmentos de estas arterias se introducen en el espesor del miocardio teniendo trayectos de longitud variable intramiocárdicos. Se trata de un segmento que se estenosa o colapsa en sístole y que recupera el calibre en diástole. Aunque se considera una variante anatómica de la normalidad, hay comunicaciones de casos con gravedad variable, desde angina estable de esfuerzo hasta infarto agudo de miocardio produciendo en situaciones de compromiso diastólico hasta isquemia.

P-610

NO TODO LO QUE BRILLA ES ORO

G Peña, Y Lillo Echeverría, J López Idígoras, Y López Albarrán, R Rodríguez Calveiro, L Arce Segura, E Díaz Vera, P Tranche Álvarez-Cagigas

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

Palabras Clave: endocarditis bacteriana, bacteriemia, embolismo séptico

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Varón de 58 años, ex fumador desde hace 11 años, original de Perú, acude a Urgencias refiriendo cuadro de dolor torácico pleurítico acompañado de disnea y expectoración amarillenta de 1 semana de evolución. Desde hace 3-4 días inicia fiebre mayor de 38°C y horas previas a su llegada, dificultad para gesticular palabras y asimetría facial con desviación de la comisura bucal. A su llegada se encuentra hemodinámicamente estable, febril (38,1°C) con tendencia al sueño. Presencia de franca parálisis facial central izquierda con disartria y desviación de la lengua hacia la izquierda, úvula desviada hacia la derecha y mínima pérdida de fuerza en MSI con F3-4/5. En las pruebas realizadas destaca la elevación de reactantes de fase aguda (PCR 850 mg/L, fibrinógeno > 500 mg/dL, lactato 3,19 mmol/L) y en la RXTX la presencia de opacidad en lóbulo superior izquierdo con tractos lineales de aspecto fibrocatrictal en ápice pulmonar que hacen sospechar tuberculosis (tbc). Se ingresa al paciente con sospecha de meningitis aguda 2ª a infección por tbc (tomografía craneal sin contraste sin alteraciones y punción lumbar con glucosa 46 mg/dL, proteínas 123,7 mg/dL, leucocitos 35 cel/mm³, PMN 10%, linfomononucleares 90%, aspecto transparente). Sin embargo el enfoque cambia al obtener resultados tanto de tomografía torácica como de cultivos extraídos). Se confirma bacteriemia por *Staphylococcus aureus* mediante hemocultivos diagnosticándose posteriormente de endocarditis infecciosa (EI) con verruga entorno a 10 mm en válvula mitral. La focalidad neurológica con la que llegó el paciente interpretada como meningitis fue infarto de la arteria cerebral media (resonancia magnética) en relación con embolismo séptico secundario a EI. La lesión evidenciada en RXTX fue compatible con adenocarcinoma (tumor de pancoast).

Conclusiones:

La EI es una infección microbiana endovascular con invasión del endocardio valvular o mural que se manifiesta casi exclusivamente por fiebre. Los hemocultivos son imprescindibles para el diagnóstico microbiológico. Su extracción no debe esperar a picos febriles dado que en la EI la bacteriemia es casi constante. Los embolismos representan el 20-50% de las complicaciones. El cerebro y bazo son las localizaciones más frecuentes. Más del 65% afectan al sistema nervioso central siendo afectada la arteria cerebral media hasta el 90%.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-611

EDEMA AGUDO DE PULMON SECUNDARIO A EDEMA DE REINKE

**E Caro Vázquez, M Buforn Jiménez, CA Yago Calderón,
JA Rivero Guerrero, E Rosell Vergara, EM Fragero Blesa**

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

Palabras Clave: Reinke, pulmón, postobstructivo

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Historia: Mujer de 56 años que estando con su hijo en domicilio tras estar en celebración familiar, comienza de manera súbita con deterioro respiratorio y disminución del nivel de conciencia. Por ese motivo, avisan a 061 que atiende en domicilio y traslada a urgencias hospitalarias. A su llegada, la paciente se encuentra con tendencia a hipotensión, estuporosa, cianótica y con importante trabajo respiratorio a pesar de CPAP. Dado el importante trabajo respiratorio se procede a IOT y conexión mecánica. AP: HTA. Fumadora. Consumidora esporádica de cannabis. Exploración física: TA 80/40mmHg, Fc 100lpm. Pupilas mióticas lentamente reactivas. Tonos cardíacos puros y rítmicos. Crepitantes hasta campos medios con sibilancias espiratorias. Abdomen blando y depresible. EEL: no edemas. Exploraciones complementarias: Analítica de sangre: Hemograma: leucocitos 16700, Hb 14,2, plaquetas 293000. Coagulación: PT actividad 78.6%. Gasometría venosa: ph 7.43. Bioquímica: glucosa 70, urea 29, creatinina 0.8, iones normales, NT-proBNP 3265, PCR 19. Rx tórax se visualizan signos de redistribución vascular. Ecocardiografía: salvo hipoquinesia anteroseptal con FEVI conservada no se aprecian otras alteraciones. Analítica de orina: nitritos +, leucocitos 25, urobilinógeno 8, cuerpos cetónicos 15 Drogas de abuso en orina: cocaína. Diagnóstico final: Edema agudo de pulmón postobstructivo Evolución: Se continúan las medidas de soporte llegando a requerir catecolaminas evolucionando bien. El infiltrado pulmonar lo interpretamos como edema pulmonar postobstructivo. Se extuba a las 12 horas sin complicaciones, revisándose por ORL objetivándose edema de Reinke con buena luz glótica.

Conclusiones:

Por causa de agentes irritantes de la celebración (tabaco, cocaína) se ha producido una estenosis severa, llegando casi a la obstrucción de la glotis con edema de Reinke previo, provocando edema agudo de pulmón post-obstructivo.

P-612

DEBILIDAD FARÍNGEA AGUDA

**V Piña Martín (1), AM Maldonado Santiago (1), M Tejón Ruiz (2),
JM Martínez Martínez (1), A Duarte Carazo (1), MA Rojo Martín (1)**

(1) Hospital Torrecárdenas, (2) Hospital de Antequera. Almería

Palabras Clave: debilidad muscular, síndrome de Guillain-Barré, miastenia gravis

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 37 años sin antecedentes de interés. Consulta en su hospital por dificultad para la deglución de instauración aguda y disfonía, es valorada por ORL que objetiva disfagia a líquidos, por lo que la remiten a nuestro centro para EDA urgente (normal). El día anterior se realizó test del aliento para estudio de Helicobacter Pylori, que resultó positivo y comenzó tratamiento con amoxicilina. No describe diplopía. No consumo de marisco o verduras conservadas. Ante sospecha de patología neurológica se interconsulta con Neurología. Objetivo: Identificar de forma temprana el síndrome de debilidad aguda, establecer los posibles diagnósticos diferenciales como miastenia gravis, botulismo y Guillain-Barré. Material o paciente y método: A la exploración física TA 125/93, T°36°C, SAO2 96%, FC 80 lpm. Consciente y orientada. Voz gangosa, con gradiente de fatigabilidad. Hipomotilidad velopalatina con reflejos nauseosos presentes. MOE normal. Ptosis palpebral media. No diplopía tras fatigabilidad. MOI normal. Valorada por neurología con JC de síndrome bulbar de instauración aguda, probable enfermedad de placa motora, sin datos que sugieran botulismo, pero siendo necesario seguimiento estrecho. En Observación se comienza tratamiento con piridostigmina por sonda nasogástrica. Evoluciona de forma tórpida, por lo que es trasladada a UCI para vigilancia. Sufre empeoramiento, se suspenden anticolinesterásicos ante sospecha de síndrome colinérgico y se completa tratamiento con IGs iv con franca mejoría. Posteriormente en planta de Neurología se completa estudio etiológico. Pruebas complementarias: Hemograma leucocitos 10.000, hemoglobina 13.2, plaquetas 306.000. Bioquímica glucosa 98, urea 45, creatinina 0.61, sodio 139, potasio 4.3.PCR 8.7. Gasometría venosa pH 7.45. Otras: Ac antiGT1a positivos (resto de antigangliósidos negativos). Ac antirreceptor de Ach y antiMusk negativos. Serología VIH negativa. Serología de lues positiva a pruebas treponémicas y negativa a no treponémicas. ANAs negativos. LCR: 1º punción lumbar normal, 2º punción disociación albúmino-citológica. RMN encefálica normal. EMG retraso de latencias y disminución de amplitud en musculatura facial con presencia de actividad de denervación-reinervación. Resultados: Polirradiculoneuropatía aguda inflamatoria (Sd. de Guillain-Barré): variante faringo-cérvico-braquial.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

Conclusiones:

Urgencias es la puerta de entrada principal de estos pacientes, donde se establece la sospecha clínica inicial, importante para realizar un rápido diagnóstico diferencial, para iniciar tratamiento y realizar seguimiento estrecho, necesaria para una actuación inmediata en los pacientes con una rápida progresión.

P-615

SÍNDROME DE BRUGADA DESENMASCARADO POR FIEBRE

**L Ferrer Caballé, C Ramió Lluch, P Vilardell Rigau,
L Muntaner Muñoz**

Hospital Josep Trueta de Girona

Palabras Clave: síndrome de Brugada, fiebre, arritmias ventriculares

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Se presenta el caso de un hombre de 44 años con antecedentes de ex-alcoholismo crónico, síndrome de Klinefelter, sepsis por pancreatitis necrotizante aguda grave con evolución tórpida por episodios de arritmia cardíaca con inestabilidad hemodinámica que requirió cardioversión eléctrica en tres ocasiones, con recuperación del ritmo sinusal e ingreso en unidad de medicina intensiva. Consultó a urgencias por fiebre y dolor epigástrico de 48 horas de evolución. Presentaba T° 39°C, tensión arterial normal, FC de 140 x e ictericia de piel y mucosas. El electrocardiograma mostraba taquicardia sinusal, morfología de bloqueo de rama derecha con elevación ST con pendiente descendente y ondas T negativas de V1-V3, compatible con patrón de Brugada tipo 1. El paciente ingresó en el servicio de digestivo por clínica de colangitis con buena evolución. Los electrocardiogramas de control, sin fiebre, ya no mostraban la misma morfología, sino un bloqueo de rama derecha incompleto. Tras el alta médica fue derivado a cardiología para valorar la implantación de un desfibrilador automático. El paciente desconocía antecedentes familiares de muerte súbita y desconoce antecedentes personales y/o familiares con alteraciones electrocardiográficas compatibles con Síndrome de Brugada.

Conclusiones:

El síndrome de Brugada es una entidad clínico-electrocardiográfica dentro del grupo de las canalopatías, causa arritmias ventriculares y muerte súbita en pacientes sin cardiopatía estructural evidente. Se transmite con un patrón autosómico dominante, aunque hay casos esporádicos. Está demostrado que la fiebre puede desenmascarar formas asintomáticas de síndrome de Brugada y aumentar el riesgo de arritmias ventriculares de forma transitoria. Tiene una prevalencia 5/10.000 habitantes, pero con una incidencia subestimada, por las formas ocultas. El tratamiento definitivo y único eficaz es la implantación de un desfibrilador automático.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-617

ALTERACIÓN EN LA CONDUCCIÓN DEL RITMO, UN CASO DE DISECCIÓN DE AORTA

**M Martínez Ramírez (1), A Navarro Carrillo (1),
J Monedero la Orden (2), I Ponce García (3), A Murillo Romero
(1), R Pastor Toledo (1), G Fuentes Rodríguez (1)**

(1) Hospital General de Villarrobledo, (2) Hospital General de
Almansa, (3) Centro de Salud de Alcañizo. Albacete

Palabras Clave: bloqueo atrioventricular, disección, aorta

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 84 años que refiere dolor súbito en miembro superior izquierdo con imposibilidad para movilizarlo y frialdad. De forma paralela y fugaz opresión centrotorácica. A destacar en sus antecedentes personales hipertensión, obesidad, síndrome coronario agudo sin elevación de ST, IAM no Q, con coronarias sin lesiones significativas, en eco-cardio destaca insuficiencia aórtica moderada. En tratamiento con mononitrato isosorbida, lercadipino, atorvastatina, clopidogrel, ácido acetilsalicílico y propranolol. Exploración física: TA: 90/50, P: 38, Sat O2 VMK al 35% 96%, Afebril. Taquipneica afectada por dolor referido en miembro superior izquierdo. ACP: bradicardia con soplo en foco aórtico. MCV. ABD: Blando y depresible no masas palpables. MMSS: Frialdad miembro superior izquierdo. Ausencia de pulso radial izq. MMII: Se palpan pulsos periféricos. Sin focalidad neurológica. Exploraciones Complementarias: ECG: Bloqueo AV tercer grado con frecuencia ventricular a 30 lpm. TAC toraco-abdomino-pélvica con contraste: Disección de aorta tipo A de la clasificación de Stanford con implicación de válvula aórtica. Diagnóstico Diferencial de Urgencias: Síndrome Aórtico Agudo, Isquemia arterial Aguda. Síndrome Coronario Agudo. Bloqueo AV de 3º grado. Diagnóstico Final: Síndrome Aórtico Agudo. Disección de aorta tipo A de la clasificación de Stanford. Bloqueo AV de 3º grado. Evolución: Se procede a la administración de atropina tras la que se restaura el ritmo sinusal, sin necesidad de marcapasos. Se consulta con cardiología que considera resuelto el problema del ritmo, y con cirugía vascular que recomienda traslado.

Conclusiones:

Con este caso pretendemos destacar la variabilidad clínica de presentación de esta entidad y en especial la electrocardiográfica, más concretamente el debut con bloqueo AV, siendo un 2% los registros de bloqueos AV en estudios consultados. La fisiopatología no está totalmente clara, según los autores. Nos planteamos en nuestro caso pueda ser debido a movimientos del flap intimal o por bajo gasto. El diagnóstico precoz de esta enfermedad es fundamental para mejorar la supervivencia, siendo necesario plantearla como diagnóstico diferencial ante un dolor torácico de instauración brusca y alteraciones en la conducción del ritmo.

P-618

UN HEMATOMA AÓRTICO ENMASCARADO COMO CÓLICO RENAL SIMPLE

**J Girbes Preso, J Guillén González, J Matamoros Hernández,
L Manclús Montoya, MJ Esquer Peris, M Cuenca Torres,
M Romany Casa**

Hospital Universitario de La Ribera. Valencia

Palabras Clave: cólico renal, litiasis, hematoma aórtico

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN El cólico renal es un cuadro clínico que vemos constantemente en Urgencias. En este caso, aunque todo indicaba que estábamos ante dicho cuadro clínico, la realidad era muy distinta. **OBJETIVO** Demostrar que lo frecuente no debe hacernos caer en el exceso de confianza. **MATERIAL O PACIENTE:** Motivo de consulta: dolor en epigastrio. Antecedentes personales: No RAM conocidas, Hipertensión arterial, artrosis. Enfermedad actual: mujer de 54 años que presenta desde hace dos semanas, presenta dolor en epigastrio, brusco que irradia en cinturón y que le impide el descanso nocturno. Vista en urgencias en varias ocasiones por misma sintomatología y etiquetada de cólico renal tras ecografía abdominal donde se objetiva litiasis derecha sin dilatación de la vía excretora. A pesar de tratamientos diversos, la mujer no mejora. Pruebas complementaria realizadas dentro de la normalidad. Resto sin interés. **MÉTODO** Se procede a exploración y petición de pruebas complementarias. Exploración física: consciente y orientada. Estable hemodinámicamente. Abdomen: blando y depresible, no soplos, no masas ni megalias. Extremidades: sin edemas, pulsos presentes y simétricos. Resto sin interés. Diagnóstico diferencial: patología digestiva (pancreatitis aguda, cólico biliar, colecistitis), cólico renal complicado. No se planteó aneurisma de aorta. **RESULTADOS:** Dada la normalidad de las pruebas complementarias anteriores se procede a: TAC Tóraco-Abdomino-Pélvico con contraste intravenoso: Se evidencia un engrosamiento circunferencial con un espesor de hasta 12 mm, de la pared de la aorta a partir de la salida de la subclavia izquierda hasta la aorta abdominal en la salida de la arteria mesentérica inferior. Compatible con hematoma intramural aórtico. En la aorta torácica descendente zona compatible con úlcera aórtica de 19 X 29 mm. Analítica: enzimas hepáticas normales, troponina normal, resto dentro de la normalidad. ECG: ritmo sinusal a 95 latidos por minuto con bloqueo de rama izquierda completo ya conocido.

Conclusiones:

Se decide implantación endovascular de injerto en aorta torácica. Se realiza serie radiológica de comprobación que demuestra buen sellado de al endoprótesis. Por tanto, lo frecuente no debe hacernos caer en el exceso de confianza. Cuando un paciente consulta varias veces por mismo motivo, debemos plantearnos diagnósticos alternativos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-620

ANSIEDAD Y DOLOR TORÁCICO

P González Recio (1), E Minciuna (2), D Escalada Pellitero (3), I Ariño Pérez de Zabalza (4), I Santos Sánchez (1), A Redondo Arriazu (1)

(1) Complejo Hospitalario de Navarra, (2) Centro de Salud Huarte, (3) Centro de Salud San Juan, (4) Hospital San Pedro, Logroño

Palabras clave: thorax, pericarditis, hematology

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 42 años sin antecedentes personales de interés y con antecedentes familiares de enfermedad coronaria, su padre había sufrido un infarto agudo de miocardio hace un par de días. Encontrándose bien previamente acude a Urgencias por cuadro de unas 24 horas de evolución de dolor centrotorácico opresivo con irradiación hacia mandíbula. La clínica no se ha acompañado de cortejo vegetativo y el dolor ha sido continuo desde el debut, con leve mejoría tras la toma de Omaprazol y Paracetamol por parte del paciente. Durante la anamnesis el paciente se muestra verborrérico y con un gran estado de ansiedad, se muestra muy afectado emocionalmente por el reciente ingreso de su padre y a su vez manifiesta importante estrés relacionado con su situación laboral. El paciente se encuentra estable hemodinámicamente, afebril y con todas las constantes vitales en rangos normales. La auscultación cardíaca y pulmonar son también normales y la exploración física resulta anodina. Se realiza un ECG que muestra elevación difusa de ST como única alteración. La radiografía de tórax es normal. En la analítica de sangre se objetivan las siguientes alteraciones: Hb 10.3g/dL Htco 29%, Leucocitos 26.400 (50% de blastos), Plaquetas 804.000/mm³, Troponina I 173 pg/mL (1,9 - 34,2) PCR 98.

Conclusiones:

El paciente ingresa en observación donde se realiza seriación de marcadores de daño miocárdico que persisten con elevación leve, en meseta, que, junto al patrón electrocardiográfico se interpreta como pericarditis aguda. El paciente ingresa a cargo de hematología y tras aspirado de médula ósea se diagnostica de leucemia mieloide aguda. Nuestro paciente acudió por dolor torácico en el contexto de pericarditis aguda quizás causada por una leucemia mieloide aguda. El dolor torácico fue el primer síntoma y lo que permitió diagnosticar su problema hematológico.

P-621

RAMSAY-HUNT. A PROPÓSITO DE UN CASO

MP Carlos González (1), N Ovalle González (2), AM González Pedraja (3), N Santos Méndez (4), MJ Labrador Hernández (5), R Segura Granda (5), JL Cepeda Blanco (5)

(1) Servicio Cántabro de Salud, CS Cazoña, (2) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, (3) SCS, (4) CS Camargo, (5) CS El Alisal. Santander

Palabras Clave: VVZ, Ramsay-Hunt, parálisis facial

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Varón de 45 años que acude por presentar dolor de oído izquierdo de 5 días de evolución al cual se añaden lesiones vesiculares en conducto auditivo externo así como tumefacción y pérdida de sensibilidad de hemicara izquierda y náusea sin vómito en las últimas 24 horas. Sin otra sintomatología. Antecedentes personales: HTA, DM tipo 2, rinitis alérgica. Tratamiento: valsartán 160 mg cada 24 horas, hidroclorotiazida 25 mg cada 24 horas, mometasona 50 mcg/D cada 24 horas IQx: bypass gástrico por obesidad mórbida exógena en 2010 Exploración física y pruebas complementarias TA: 120/80 mmHg FC: 82 lpm T: 36.5°C SatO₂: 98% Consciente, orientado, eupneico en reposo, buen estado general. Pérdida de la expresión facial, hemiparesia y hemiplejía izquierda, así como borramiento de los surcos frontales y nasolabiales izquierdos. Desviación de la comisura labial hacia la izquierda. Ausencia del reflejo corneoparpebral izquierdo. Oído izquierdo con presencia de aumento de volumen y eritema conducto auditivo externo, así como vesículas. Resto de exploración física normal. Juicio clínico Síndrome de Ramsay-Hunt.

Conclusiones:

El síndrome de Ramsay Hunt (SRH) representa la mayor complicación otológica de la reactivación del virus varicela zóster (VVZ) que se caracteriza por la triada de parálisis facial ipsilateral, otalgia y vesículas en el pabellón auricular. Es una neuritis del VII par, pero pueden afectarse otros pares craneales (V, VIII, IX, X, XI). El diagnóstico es clínico y en ocasiones puede haber una fase prodrómica con cefalea, astenia, fiebre, anorexia, náusea y vómito. La otalgia unilateral suele preceder a la erupción vesiculosa, que se manifiesta en el CAE, concha y pabellón auricular. La parálisis facial que la caracteriza es periférica y aparece antes o después de las lesiones cutáneas. En el caso de este paciente se le pauta tratamiento con famciclovir 500 mg cada 8 horas, synalar ótico (fluocinolona, neomicina, polimixina B) 3 gotas cada 8 horas, deflazacort 30 mg en pauta descendente y lágrimas artificiales, presentando mejoría clínica progresivamente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-622

TE MUERES SOLO UNA VEZ

A Grasun, M Andrés Gómez, E Grasun

Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras Clave: síncope cardiogénico, crisis comicial, DAI

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Objetivos: El síndrome del QT largo (SQTL) es una enfermedad relacionada alteración de la repolarización miocárdica y caracterizada por prolongación del intervalo QT en ECG. Este síndrome se caracteriza por aumento de riesgo de aparición de arritmias cardíacas, taquicardias ventriculares polimórficas conocidas como torsade de pointes. Los síntomas primarios de un SQTL incluyen: palpitaciones, síncope, convulsiones y muerte cardíaca súbita (MSC). El SQTL puede ser de congénito o adquirido. Material o pacientes y método: Mujer de 41 años acude a Urgencias por presentar en su domicilio un episodio de rigidez generalizada asociada a movimientos clónicos. El cuadro ocurre mientras la paciente estaba durmiendo y la clínica la relata su marido. En Urgencias la paciente esta asintomática y solo refiere encontrarse 'rara'. Fue valorada en Urgencias por Neurología y se deja en evolución solicitándose las siguientes pruebas complementarias (analítica completa, ECG, Rx-tórax, monitorización ECG, TC craneal). Como antecedentes de interés: seguimiento en consulta de Cardiología por extrasístoles ventriculares (EV). Resultados: ECG: Fibrilación auricular (FA), 100 lpm, QRS estrecho, QTc 488 ms (en DII), resto normal. Analítica normal. Rx-tórax: normal. TC craneal normal. Fue revalorada por Neurología, se solicitó RMN craneal y EEG programadas y seguimiento en consultas. En Urgencias se reevalúa a la paciente objetivándose reversión a ritmo sinusal (RS) pero con persistencia de QTc prolongado, llegando a 500 ms. Se avisó a Cardiología quienes ingresa a la paciente para completar el estudio de canalopatías. Electrofisiología sin apreciar arritmias sostenidas, pero con aparición de respuestas ventriculares repetitivas tras fenómeno R/T. Se la diagnostica de SQTL tipo 3 y se decidió implantación de desfibrilador automático implantable (DAI) como profilaxis primaria de MSC.

Conclusiones:

El síncope cardiogénico, en nuestro caso de origen arritmogénico (SQTL) debe ser considerado dentro del diagnóstico diferencial de síncope en Urgencias dada la gravedad del cuadro. El diagnóstico se basa en la historia clínica completa, ECG y los registros electrocardiográficos seriados. Son necesarias pruebas complementarias cardiológicas, invasivas o no, que descarten la presencia de cardiopatía estructural.

P-625

¿QUIÉN ES ESE KOUNIS Y QUÉ TIENE QUE VER CON MIS PACIENTES?

P Marcos Calles, M Espallargas Ruiz-Ogarrio, G López Legarra, M Santisteban Bocos, C de Dios Ruiz, E Ibáñez Elejalde

Hospital de Basurto. Bilbao, Bizkaia

Palabras clave: shock, síndrome coronario agudo, anafilaxia

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Caso 1: Varón 69 años, hipertensión arterial, hiperuricemia y hernia de hiato en tratamiento. Acude a urgencias por cuadro catarral con tos, expectoración blanquecina, febrícula y disnea a pequeños esfuerzos. No dolor torácico. A su llegada afebril, hemodinámicamente estable y con saturación de oxígeno basal de 89%. En la exploración destaca leve taquipnea y crepitantes en bases con predominio derecho. Ante la sospecha de infección respiratoria se solicitan exploraciones complementarias y se pauta tratamiento empírico con levofloxacino. En el momento de iniciar el antibiótico comienza con mareo, sudoración y desconexión del medio con movimientos tónico-clónicos generalizados que ceden sin medicación y con aparición de eritema generalizado. Inyección conjuntival, hipotensión y empeoramiento respiratorio. Se realiza ECG con descenso ST de V2-V5, y ecocardiograma: hipocinesia en cara anteroposterior y septo posterior que se corrigen tras administración de antihistamínicos, corticoides, sueroterapia, y oxígeno. Los marcadores de daño miocárdico son negativos y curva de triptasa positiva. Caso 2: Varón de 28 años, asma en tratamiento. Acude a urgencias por cuadro compatible con shock anafiláctico tras la toma de coudina. A su llegada hipotensión importante, edema generalizado y sensación disnea administrándose corticoides y adrenalina. Tras esto presenta 2 episodios de dolor centrotorácico, objetivándose en el ECG elevación de ST en cara inferior y lateral. Se solicitan marcadores de daño miocárdico que resultan negativos e ingresa en la unidad coronaria donde se le realiza cateterismo con coronarias normales. Diagnóstico al alta: Sd. de Kounis.

Conclusiones:

El síndrome de Kounis tiene un diagnóstico fundamentalmente clínico basado en la aparición simultánea de eventos coronarios agudos y síntomas alérgicos anafilácticos. El marcador utilizado es la triptasa. Existen 2 tipos: el I en pacientes sin enfermedad coronaria y el tipo II con cardiopatía isquémica de base. La importancia desde el punto de vista del médico de urgencias radica en que si bien no hay dudas sobre el tratamiento de ambas entidades por separado, cuando confluyen ambos procesos, debe prestarse especial atención al tratamiento, ya que medicamentos de primera elección en el shock anafiláctico, como la adrenalina, pueden agravar el vasoespasmo coronario y a la inversa, el AAS para el SCA pueden empeorar una anafilaxia preexistente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-626

PRESENTACIÓN DE DOLOR TORÁCICO TRAS REACCIÓN ANAFILÁCTICA

M Valverde Castillo, M Álvarez Monterroso, I Lumillo Gutiérrez, M Suela Bizarro, L Fabra Garcia, RS Dumitras, O Sanchez Roy

CUAP Castelldefels. Castelldefels, Barcelona

Palabras clave: vaso, espasmo coronario, urgencias médicas, anafilaxia

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 69 años que tras toma de un comprimido de 575 mg de metamizol, inicia cuadro de prurito en manos y pies, por lo que consulta al Centro de Urgencias de Atención Primaria (CUAP). A su llegada, presenta erupción cutánea con prurito generalizado, náuseas y deposición líquida explosiva sin productos patológicos. Antecedentes patológicos: fumadora de hace 30 años, probable alergia a AINE en estudio, portadora de anisakis. Dos cuadros previos de shock anafiláctico tras ingesta de ibuprofeno. Exploración física: Signos de bajo gasto, piel fría y diaforética. TA 73/33mmHg, FC 105lpm SpO2 89%, no sibilantes espiratorios, no edema de úvula y eritema generalizado. ECG sin alteraciones en la repolarización. Diagnóstico: shock anafiláctico. Tratamiento: se administra adrenalina (0.01 Kg peso im), se colocan 2 accesos venosos periféricos, con administración de sueroterapia, oxigenoterapia de alto flujo, hidrocortisona 200mg, dexclorfeniramina y metoclopramida vía endovenosa. Evolución: inicia cuadro de dolor centro torácico opresivo no irradiado. Se repite ECG, donde se observa infradesnivel segmento ST mayor a 1 mm desde V3 a V6, DI, DII. Se orienta el cuadro como Síndrome Coronario Agudo sin Elevación del segmento ST (SCA-SEST), como probable Síndrome de Kounis, derivando la paciente al Servicio de Urgencias Hospitalario, donde le realizan cateterismo cardiaco, sin evidenciar lesiones en vasos. Tras restar en observación 24 horas, la paciente es dada de alta, con tratamiento corticoide y antihistamínico vía oral Orientación diagnóstica: Síndrome Coronario Agudo de probable origen anafiláctico, Síndrome de Kounis.

Conclusiones:

El síndrome de Kounis (SK) fue descrito en 1991 por Kounis y Zavras como la aparición simultánea de eventos coronarios agudos secundarios a vasoespasmos y reacciones alérgicas anafilácticas. Se diferencian dos tipos, el tipo 1 en pacientes con arterias coronarias normales, en este caso se tratará la reacción anafiláctica evitando la adrenalina y el tipo 2 en los que existe enfermedad ateromatosa sobre las que las reacciones de hipersensibilidad pueden inducir al espasmo, erosión y rotura de la placa, y la consiguiente trombosis coronaria, por lo que se tratará como un SCA.

P-627

HEMORRAGIA DIGESTIVA INVISIBLE. SÍNCOPE DE ALTO RIESGO

P Bustamante Marcos (1), C Peña Busto (1), N Vicario Jiménez (1), I Álvarez Nozal (2), M García Alonso (3), S de Andrés Loste (4)

(1) Hospital de los Santos Reyes. Aranda de Duero, (2) SUAP. Aranda Sur, (3) C.S. Arturo Eyries, (4) SUAP Arturo Eyries. Valladolid

Palabras clave: síncope, hemorragia gastrointestinal, dolor en el pecho

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Acude a urgencias paciente de 68 años hipertenso, diabetico, con IAM revascularizado, EPOC, epilepsia focal, SAHS y anemia ferropénica en estudio desde hace meses. En tratamiento con: AAS 100 mg, Clopidogrel 75 mg, Enalapril 5 mg, Metformina 850 mg, Pantoprazol 40 mg, Galantamina 16 mg, Spiriva y CPAP nocturna. Es remitido por dolor centrotorácico opresivo mientras caminaba y pérdida de conocimiento progresiva con sudoración, palidez y relajación de esfínteres. Recuperación espontánea y completa en segundos. Vómitos alimenticios. Exploración: Tensión arterial: 114/74 mmHg, FC: 78 lpm, Saturación O2: 96%, afebril. Glucemia: 113. Glasgow: 15 puntos. Sin focalidad neurológica. Discreta palidez. Carótidas sin soplos, no ingurgitación yugular. Auscultación cardíaca rítmica, sin soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen blando y sin dolor. Extremidades inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa. Pruebas complementarias: Análisis inicial: 12.300 leucocitos (85% neutrófilos), hemáties: 4.3 x 10¹²/L, hemoglobina: 9,3 g/dL (en analítica previa 9,5 g/dL hace 3 meses), hematocrito: 31%. 289.000 Plaquetas. Bioquímica normal salvo troponina ultrasensible: 21,19. Electrocardiograma: ritmo sinusal, 70 lpm, BCRDHH. Radiografía de tórax: Calcificación anillo aórtico. TAC craneal: lesiones isquémicas crónicas múltiples. Seriación de enzimas cardíacas negativa. Monitorización 8 horas: estabilidad hemodinámica. Ante la normalidad del estudio y estabilidad del paciente se da alta. En la puerta presíncope, sudoración y reingresa normotenso, asintomático, se decide vigilancia en Observación. Tras 12 horas episodio sincopal en reposo, vómito hemático. Tensión arterial 85/50 mmHg. Gastroscopia: Úlcus gástrico en curvatura mayor, Hemostasia. Juicio Clínico: hemorragia digestiva alta, úlcus gástrico, síncope ortostático (o hipotensivo) por hemorragia. Evolución: Previamente se realizó endoscopia, con resultado de úlcus gástrico. Le indicaron hierro, doble dosis de Pantoprazol y suspender Clopidogrel. No lo había realizado. Ingresó en Cuidados Intensivos y falleció 72 horas después.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

Conclusiones:

Fue estudiado de alteraciones cardíacas y cerebrales por sus antecedentes. No se consideró su anemia como posible origen del cuadro. Faltaron pruebas como medir la tensión arterial en bipedestación y decúbito y tacto rectal. Síncopes de alto riesgo: cardiopatía, insuficiencia cardíaca, disfunción ventricular, arritmias, síncopes en decúbito o de esfuerzo, alteraciones electrocardiográficas y comorbilidades como alteraciones en el equilibrio ácido base y anemia. Hay que pensar en todos los tipos de síncopes, incluidas hemorragias no visibles. Tras anamnesis, exploración y ECG deberemos sospechar si se trata de un síncope de alto riesgo, cuya mortalidad asciende al 24% en la patología cardíaca subyacente.

P-628

SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN TRANSITORIA DEL SEGMENTO ST. ¿MANEJO TERAPÉUTICO ESPECÍFICO?

J Beteta Moya, M Cárdenas Antón, L Pancorbo Fernández,
P Fajardo Velasco

Complejo Hospitalario de Jaén.

Palabras clave: síndrome coronario agudo, elevación no persistente del segmento ST, manejo terapéutico

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Varón, 38 años, fumador activo de 1 paquete/día. Antecedente de dislipemia sin tratamiento médico. Remitido a nuestro servicio desde Atención Primaria por presentar en las últimas 24 Horas y en relación con el esfuerzo, episodios recurrentes (entre 10-15) de dolor centrotorácico opresivo, irradiado a cuello y brazo izquierdo, los cuales ceden espontáneamente en menos de 5 minutos. Actualmente asintomático. En electrocardiograma (ECG) realizado a su llegada a nuestro hospital, así como en el que aporta, no se aprecian alteraciones de la conducción ni repolarización. Durante su estancia en nuestra área, presenta nuevo episodio de dolor de idénticas características a previos, objetivándose supradesnivelación significativa del segmento ST en cara inferior y anterior en el ECG. Se inicia tratamiento con Ácido acetilsalicílico 300 mg + Clopidogrel 300 mg vía oral y perfusión continua de Nitroglicerina y se contacta con la Unidad de Cuidados Intensivos. El paciente ingresa a su cargo encontrándose asintomático y normalizándose las alteraciones ECG. A los pocos minutos de su ingreso presenta nuevo cuadro de dolor y cambios ECG por lo que contactan con Hemodinamista de Guardia decidiéndose realización de intervención coronaria percutánea (ICP) urgente. Cateterismo-Coronariografía Invasiva: Enfermedad de un vaso. Coronaria derecha: Oclusión trombótica del 100% en tercio proximal y del 70% en tercio medio. Se implantan 2 stents convencionales. Ventriculografía: Ventrículo izquierdo no dilatado, leve hipoquinesia inferior. FEVI 71%. Tras el procedimiento el paciente permanece asintomático. Pico máximo de Troponina I: 2,6. ECG al alta: Ritmo sinusal. Isquemia subepicárdica inferior. Juicio Clínico: Síndrome Coronario Agudo (SCA) con elevación transitoria del segmento ST. Localización inferior.

Conclusiones:

El SCA con elevación no persistente del segmento ST es una entidad clínica caracterizada por la fugacidad de los cambios electrocardiográficos. Se define dicha elevación, como aquella cuya resolución se alcanza en menos de 30 minutos sin terapia de reperfusión alguna. Su tratamiento no está bien definido. Las actuales guías terapéuticas indican un manejo similar al del SCA sin elevación del segmento ST (SCA-SEST), pero no establecen recomendaciones específicas. Estos pacientes muestran un perfil diferente a otros pacientes con SCA-SEST, consistiendo básicamente en menor edad, menor elevación



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

de troponina, mejor función ventricular y menos patología multivascular. Existe aquí una importante laguna en el conocimiento que deberían rellenar futuros estudios, para esclarecer si dichas diferencias implicarían un manejo terapéutico diferente.

P-629

DOLOR TORÁCICO COMO SÍNTOMA PRINCIPAL DE UN DERRAME PERICÁRDICO

G Ocete Burgos (1), A Pérez Ruiz (2), L Gómez Rodríguez (1)

(1) Hospital Regional Universitario de Málaga,

(2) Hospital Comarcal de la Axarquía

Palabras Clave: pericardial effusion, chest pain, pericarditis

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Anamnesis: Mujer, 74 años sin antecedentes de interés. Acude a urgencias hace 10 días por dolor torácico y disnea. Es diagnosticada de dolor torácico osteomuscular prescribiéndose Paracetamol cada 8 horas. Vuelve a los 9 días por persistencia de los síntomas y pico febril de 38°C que su médico de familia ha comenzado a tratar con Amoxicilina-clavulánico. El dolor torácico aumenta con la inspiración profunda y se acompaña de escasa tos, astenia y disnea de mínimos esfuerzos. Exploración física: Estabilidad hemodinámica. Regular estado general. Taquipnea leve. Ingurgitación yugular no modificable con la inspiración. Tonos cardíacos apagados, regulares y rítmicos sin soplos ni ruidos. Murmullo vesicular conservado con crepitantes de predominio en hemitórax izquierdo. Resto normal. Pruebas complementarias: Analítica de sangre normal, salvo Dímero D de 3939. EKG: ritmo sinusal con bajo voltaje. Rx Torax: Cardiomegalia. Mínimo derrame pleural izquierdo. Ecocardiograma: Derrame pericárdico moderado. AngioTAC Tórax: derrame pericárdico importante con espesor máximo de 2.5 cm a nivel de ventrículo izquierdo. Derrame pleural bilateral moderado. Se realiza pericardiocentesis obteniendo 570 cc de líquido serohemático, con resultado de bioquímica: Glucosa 80, Proteínas 5.4, LDH 1371, ADA 70. Citología: Células neoplásicas negativas. Juicio Clínico: Derrame pericárdico secundario a pericarditis por probable proceso viral autolimitado. Evolución: La paciente ingresa en Medicina Interna bajo tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos. Se completa estudio: Serología de Sifilis, Brucella y Rickettsia conorii negativas, Mantoux negativo, Marcadores tumorales normales, TAC abdomen: derrame pleural bilateral. Derrame pericárdico moderado. Evoluciona favorablemente en días, manteniendo al alta discreta tos seca. Discusión: El derrame pericárdico es una complicación frecuente de la pericarditis, pudiendo generar graves consecuencias en función de la velocidad de aparición y de su etiología. Las principales causas son las neoplásicas y las idiopáticas, siendo la etiología viral subestimada por la dificultad de confirmar su diagnóstico.

Conclusiones:

Es muy importante contemplar esta patología en el diagnóstico diferencial del dolor torácico, por las graves consecuencias que puede tener, y por la tendencia a su infradiagnóstico dada la presentación tan inespecífica que puede tener en ocasiones (bajo voltaje en el EKG, ensanchamiento leve de la silueta cardíaca).



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-630

CISTITIS ENFISEMATOSA: UNA COMPLICACIÓN LETAL EN EL PACIENTE DIABÉTICO

M Sánchez Vicente (1), R Pacheco Puig (1), J Castañeda Sánchez (2), R Miguel Formariz (3), E Díaz Vera (1), P Tranche Álvarez-Cagigas (1), CC Carrasco Vidoz (1)

(1) Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid, (2) SERGAS, (3) Servicio de Emergencias 112 Castilla y León

Palabras Clave: cystitis, pyuria, abdominal Pain

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 83 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, fibrilación auricular, deterioro cognitivo y diverticulosis colónica. En tratamiento con Atorvastatina, Enalapril/hidroclorotiazida, Metformina, Insulina y Acenocumarol. Acude a urgencias por cuadro de 24 horas de evolución consistente en molestias a nivel anal de unos días de evolución, dolor abdominal, estreñimiento y malestar general inespecífico. No fiebre termometrada. En la exploración física se objetiva una tensión arterial 100/70, frecuencia cardiaca en torno a 90-100lpm, auscultación cardiaca arrítmica, y abdomen doloroso a la palpación de forma difusa. En el tacto rectal se objetivan hemorroides externas no complicadas y restos de heces en ampolla de color claro. Analíticamente presenta leucocitosis con desviación izquierda, aumento de reactantes de fase aguda y orina con intensa bacteriuria y más de 100 hematíes y leucocitos por campo, aunque con nitritos negativos. En radiografía simple de abdomen se objetivó un halo denso perivesical, por lo que se solicita TAC Abdominal. En este último se objetiva gran fecaloma recto-sigma y gas en la pared vesical y espacio vesical que sugieren como primera posibilidad cistitis enfisematosa. Se indica sondaje vesical y tratamiento con Meropenem y enemas, y se ingresa a la paciente. Se solicita valoración por Urología que recomiendan manejo conservador, si la evolución no fuese buena la familia rechaza cualquier tratamiento agresivo sobre la paciente. Durante el ingreso se mantiene el mismo tratamiento, a pesar de lo cual la paciente presenta una evolución tórpida con empeoramiento clínico-analítico, falleciendo días más tarde.

Conclusiones:

La cistitis enfisematosa es una patología con una baja incidencia, pero potencialmente mortal, en la que no son raros los casos de shock séptico. Su diagnóstico es difícil debido a que muchas veces los síntomas son inespecíficos. Se presenta generalmente en pacientes diabéticos con mal control y se caracteriza por la presencia de gas en la luz y la pared vesical debido a instrumentación, fístulas a vísceras huecas, infartos de tejidos con necrosis o infección. En este caso las imágenes del TAC revelan que podría tratarse del segundo caso.

P-631

SÍNCOPE DE PERFIL VASOVAGAL

M Guzmán Ruiz, E Culpán Arias, MI Fernández Madueño

Hospital San Agustín. Linares, Jaén

Palabras Clave: síncope, síndrome de Wolf Parkinson White, síndrome de preexcitación

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

EA: Paciente de 17 años que acude a urgencias (por segundo día consecutivo), por síncope de repetición en tres ocasiones en las últimas 24 horas. No relajación de esfínteres ni convulsión. En estado postcrítico a su llegada a urgencias. Refiere cefalea tipo punzante a nivel parietal izquierdo con sensación de mareo. Ayer analítica, EKG y TAC craneal normal. EF: Glasgow 15, BEG, Temblor en reposo. BHYP. Eupneico en reposo. ACR: Normal. Abdomen anodino. Pruebas complementarias: EKG: RS a 70 lpm si alteraciones de la repolarización. Analítica: Hemograma, bioquímica y coagulación normal. Sistemático orina y tóxicos negativos. En monitorización se observan rachas de QRS de morfología variable sin ondas P. EKG control: RS a 62 lpm, PR corto, Onda Delta a nivel de V2-V3-avL, por monitor se aprecia cambios en la morfología del QRS ancho- imagen de bloqueo interventricular a 55-60 lpm, no se objetiva ondas P, impresiona de FA preexcitada (a pesar de intervalos r-r cte). Se realiza interconsulta con Cardiología que descarta patología estructural cardíaca mediante Ecocardiografía. Se ingresa a UCI para monitorización y control evolutivo hasta derivación a Unidad de Arritmia para valoración en las próximas 24 horas. UNIDAD DE ARRITMIA: Se realizó ablación con radiofrecuencia de vía accesoria posterolateral exitosa. EVOLUCIÓN: Revisión en Unidad de arritmia: El paciente se encuentra asintomático. EKG previo: RS con preexcitación intermitente sugerente de vía accesoria posterior izquierda. EKG control: RS normal a 57 lpm, QRS estrecho eje normal. sin evidencia de preexcitación. JUICIO CLÍNICO: Síncope de perfil vasovagal, Síndrome de Wolf Parkinson White, Ablación efectiva de la vía accesoria. TRATAMIENTO: No precisa. PLAN DE ACTUACIÓN: Alta de la consulta de arritmia. Tras la ablación con radiofrecuencia efectiva no presenta contraindicación para la práctica deportiva competitiva ni restricción para actividades físicas.

Conclusiones:

La preexcitación ventricular, debida a una vía accesoria que une eléctricamente aurículas y ventrículos, puede dar lugar a una variedad de síndromes arrítmicos, desde taquicardias paroxísticas de la unión AV y agravamiento de taquiarritmias auriculares que pueden conducir incluso a la muerte súbita. En los pacientes sintomáticos el tratamiento de elección es la ablación con radiofrecuencia con un 93% de eficacia.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-632

OTRAS CAUSAS DE SCA: SÍNDROME DE KOUNIS

A Rodríguez Urgel, V Lozano Araujo, F Fernández Salgado, I Guillén Sánchez, R Rico Delgado, J C López Rivas, M Villa Escamilla

Hospital Universitario de Móstoles. Madrid

Palabras Clave: síndrome de Kounis, síndrome coronario agudo alérgico, espasmo coronario

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 63 años con AP de HTA y osteoporosis que tras la ingesta de un bombón comienza con eritema y prurito en EESS y dolor centrotorácico opresivo acompañado de sudoración. En la exploración física la paciente presenta tensión arterial 174/105, secuencia cardíaca de 98 y temperatura de 36. Eritema y habones en tronco y extremidades superiores, edema labial. El hemograma y la bioquímica no presentan alteraciones reseñables. En el electrocardiograma inicial se objetiva disminución del ST en V4a V6 y en II. Tras tratamiento con NTG y antihistamínicos mejora el dolor así como el ECG. A las 12 horas la paciente comienza de nuevo con dolor torácico alteraciones en ECG descritas y BCRI. Activándose entonces el Código infarto. Se realiza cateterismo sin objetivarse lesiones en coronarias. El dolor mejora de nuevo tras administración de NTG, metiprednisona y antihistamínicos. En ningún momento se elevan enzimas miocárdicas.

Conclusiones:

La asociación entre eventos coronarios y reacciones alérgicas son reconocidos desde hace años. El 1er caso se describió en 1950 tras una reacción alérgica a la penicilina. En 1991 Kounis y Zavras lo describen con Síndrome de Kounis. Estableciéndose dos tipos, Tipo I pacientes con factores de riesgo cardiovascular y espasmo coronario con coronarias normales y Tipo II con placas de ateroma en las arterias coronarias que se rompen durante la reacción alérgica. La reacción alérgica puede dar lugar a eventos cardiovasculares SCA sobre arterias con o sin lesiones angiográficas siendo el mecanismo patogénico el vasoespasmo producido por los mediadores liberados en la anafilaxia como la histamina y los leucotrienos que actúan como un potente vasoconstrictor. Son factores facilitadores la presencia de factores de riesgo cardiovascular, así como la existencia de placas de ateroma.

P-633

FIBRILACIÓN VENTRICULAR EN URGENCIAS

S Martínez Saldumbide, V Madrid Ferreiro, R López Díaz, E Guirado Granados, F Sánchez Salmerón, M Sánchez García, A Cordovilla Moreno

Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia

Palabras Clave: fibrilación ventricular, infarto de miocardio, trombosis coronaria

Historia clínica:

mujer de 30 años que acude a urgencias a las 02:00, por dolor torácico que irradia a ambos brazos tipo pesadez de 2 horas de evolución. Refiere ansiedad y carga familiar importante. Antecedentes personales: fumadora de tabaco y cannabis, no hipertensa, no diabética, no dislipémica, madre fallecida a los 45 años por IAM (este dato se recogió posteriormente). Exploración física: consciente y orientada TA 140/65 mmHG, FC 65 en primeras constantes. Durante la consulta médica presenta desconexión del medio con caída al suelo, rigidez de 4 extremidades y cianosis generalizada. Se pasa a emergencias y el primer ritmo objetivado es una fibrilación ventricular por lo que se procede a desfibrilación con 200 julios, masaje cardíaco durante 1 minuto e intubación orotraqueal por Glasgow 4. Tras estabilización se realiza Electrocardiograma y se aprecia ritmo sinusal con elevación del segmento ST de más de 7 mm en II, III, aVF y de V3 a V6. Se procede a trombolisis sistémica con metalyse 9000 unidades endovenosas y enoxaparina 30 mg endovenosas.

Conclusiones:

Los SCACEST en pacientes jóvenes tienen más probabilidad de presentarse con taquiarritmias malignas tipo FV y TV. La pronta actuación en estos casos con desfibrilación precoz y medidas de RCP rápidas mejora el pronóstico vital y disminuye las posibles secuelas neurológicas. Pero a pesar de la juventud dada la gran masa de músculo cardíaco se aumenta la extensión de acinesia residual.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-634

MENINGITIS NEUMOCÓCICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

S Melero Cabezas, A Pérez Zapata, S Cortés Company,
SR García de León Chocano, F Juan Espert, P Sánchez Sánchez

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Palabras Clave: meningitis, *Streptococcus pneumoniae*, bacteriemia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 59 años, sin antecedentes de interés e independiente para las actividades de la vida diaria, acude a urgencias por disminución del nivel de consciencia con nula respuesta verbal y movimientos involuntarios de extremidades, asociando desde hace 24 horas fiebre de 39°C. Desde hace 10 días en tratamiento por otitis con analgésicos y antihistamínicos. A la exploración, bajo nivel de consciencia, agitada, respuesta a estímulo doloroso pero no a verbal, moviliza las cuatro extremidades de forma espontánea, pupilas midriáticas pero reactivas, reflejo plantar flexor bilateral y rigidez nuchal. Tímpano derecho hiperémico, engrosado y con perforación. No otorrea. Resto de exploración sin alteraciones. En la analítica destaca leucocitosis con neutrofilia y PCR 37,3. Hemocultivo y antígenos urinarios positivo a *Streptococcus pneumoniae*. Punción lumbar con líquido cefalorraquídeo turbio, cocos grampositivos en parejas compatibles con *Streptococcus pneumoniae*. TAC cerebral con ocupación de oído medio, senos maxilares y celdillas mastoideas y etmoidales compatibles con infección o inflamación y RMN cerebral con engrosamiento e hipercaptación meníngea sugestivo de meningitis y lesión compatible con infarto isquémico subagudo. Ante empeoramiento del estado general y Glasgow de la paciente se ingresa en cuidados intensivos, se procede a intubación y se inicia antibioterapia intravenosa con ceftriaxona, vancomicina y aciclovir. Posteriormente pasa a sala de hospitalización de la unidad de enfermedades infecciosas donde se inicia rehabilitación por atrofia muscular con buena progresión y recuperación de la fuerza muscular y sin presentar nuevas complicaciones, siendo dada de alta sin secuelas. Diagnóstico definitivo: Meningitis neumocócica con bacteriemia secundaria. Ictus isquémico subagudo.

Conclusiones:

Es importante realizar un correcto tratamiento de la neumonía e infecciones del oído causadas por el neumococo, dado que puede disminuir el riesgo de contraer meningitis. En aquellos pacientes con factores de riesgo, sería importante vacunarlos para prevenir una infección por este microorganismo.

P-635

EL QUISTE RENAL, UNA LESIÓN FRECUENTE Y ASINTOMÁTICA SALVO SI SE COMPLICA

MR Rivas Martínez, AF Perea Fernández, A Martínez Cañamero

Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras clave: quiste renal, complicaciones, hemorragia y rotura

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Paciente varón de 66 años que acude en varias ocasiones a urgencias hospitalarias por dolor abdominal inespecífico periumbilical, afebril y con pruebas complementarias normales y dado de alta con diagnóstico de estreñimiento y meteorismo. Antecedentes personales de SAOS con CPAP nocturna, HTA, Hiperuricemia, litiasis renal y estenosis uretral. En su último ingreso acude ya con fiebre, dolor más localizado en hemiabdomen izquierdo sin signos claros de irritación peritoneal pero con defensa, ruidos positivos y en analítica destaca una leucocitosis de 16.870 con desviación izquierda del 90% y neutrofilos de 13.990, PCR de 483 con función renal normal y coagulación normal, en radiografía de abdomen se aprecia una dilatación generalizada de asas de delgado y colon derecho, trasverso y angulo esplénico, por lo que se decide tras hablar con radiólogo realización de TAC abdominopélvico con contraste iv. e informándose de no obstrucción, íleo paralítico reflejo probablemente por líquido libre perirrenal izquierdo, imágenes hipodensas en relación con quistes corticales, una lesión hiperdensa homogénea de 110 x 88 mm en probable relación con quiste hemorrágico adyacente en el espacio perirrenal posterior e inferior y en el espacio parrarenal posterior adyacente al pilar diafragmático izquierdo con trabeculación de la grasa del hilio renal y paraaórtico izquierdo probablemente por rotura quística. Lesión uretral derecha distal de 7 mm que no condiciona hidronefrosis. Pequeño derrame pleural izquierdo. Se diagnostica de quiste renal izquierdo hemorrágico con rotura espontánea del quiste, ingresándose a cargo de urología para control evolutivo y antibioterapia, mejorando con tratamiento conservador y no precisando tratamiento quirúrgico ni laparoscópico.

Conclusiones:

Los quistes renales simples son las lesiones renales benignas más frecuentes. Los quistes habitualmente asintomáticos, pueden sin embargo crecer y complicarse, provocándose un quiste hemorrágico, rotura espontánea e incluso sepsis por infección secundaria. La clínica puede debutar como un dolor abdominal inespecífico y las pruebas de imagen, ecografía, tomografía computarizada, resonancia magnética nos llevan a su diagnóstico. Las condiciones clínicas que predisponen a la rotura son infección urinaria, aumentos de presión intraquística por sangrado, por hipertensión o alteración coagulación y el aumento de presión dentro de la vía urinaria, por uropatía obstructiva, litiasis.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-636

HEMORRAGIA HEPÁTICA ESPONTÁNEA

M Santamaría Martínez, C Güemes de La Iglesia, B Campos Ruiz, J Martínez Illera, M Rodrigo Rodríguez, A Cabezón Crespo, M Sáinz de Andueza

Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: cirrosis hepática, abdomen agudo, hiperglucemia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

El abdomen agudo es un síndrome clínico que engloba a todo dolor abdominal de instauración reciente que requiere un diagnóstico rápido y preciso ya que si no se trata de forma adecuada y precoz cursa con una elevada mortalidad. Caso clínico: Varón de 83 años con antecedentes personales de Diabetes Mellitus tipo 2, Deterioro cognitivo y Cirrosis hepática estable (sin seguimiento), en tratamiento con Insulina, Levodopa, Rivastigmina, sin alergias medicamentosas, que acude a Urgencias por un cuadro de dolor abdominal difuso, más intenso en epigastrio, e hiperglucemia de 511 mg/dl de más de 4 horas de evolución, sin otra sintomatología asociada. A la exploración se encuentra consciente y orientado, con palidez cutánea y tinte icterico. Con constantes vitales normales y dolor a la palpación abdominal difusa, más intenso en epigastrio e hipocondrio derecho con Murphy positivo. Resto normal. En la analítica destaca: Hemoglobina de 9.8 g/dl (similar a previas), leucocitosis con desviación izquierda, Coagulación normal, Glucemia: 462 mg/dl, Bilirrubina total: 4 mg/dl, PCR: 59. Por lo que se inicia tratamiento con fluidoterapia, insulina rápida subcutánea y analgesia y se solicita una ecografía abdominal por sospecha de patología biliar. Tras volver de Radiología avisan, al médico de guardia, por empeoramiento clínico del paciente, con signos de shock: palidez cutánea, diaforesis, agitación, hipotensión y taquicardia, persistiendo en la reexploración sólo, el dolor abdominal. Se procede a la estabilización hemodinámica del paciente y se realiza TC abdominal urgente (ya que la ecografía no mostraba patología aguda) evidenciándose una imagen sugestiva de hematoma subcapsular hepático y líquido libre intraabdominal compatible con hemoperitoneo, posiblemente secundario a sangrado de hepatocarcinoma no conocido. Con el diagnóstico de hemorragia hepática espontánea con repercusión hemodinámica, se procede al traslado del paciente a UCI.

Conclusiones:

El dolor abdominal agudo supone el 10% de las consultas en Urgencias estando relacionado con una alta mortalidad, que es tiempo dependiente, por lo que debemos realizar una revisión sistemática de la evolución del paciente hasta evidenciar la etiología del proceso sin olvidarnos de las causas menos frecuentes, como la hemorragia hepática espontánea.

P-637

LLEGUÉ HACE 10 DÍAS DE SIERRA LEONA Y TENGO FIEBRE

A Cantero Sandoval (1), R Rojas Luán (1), JM Marín Martínez (1), AB Garvía Ruiz (2), E Quero Motto (1), A Hernández Molina (1), M Lozano Espinosa (1)

(1) Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia, (2) Unidad Sanitaria Mando Naval de Canarias

Palabras clave: mental disorders, tuberculosis, emergency cares

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Hombre de 59 años que consulta por fiebre y hemoptisis. Antecedentes: alérgico a Metamizol. Fumador 30 cigarrillos/día. Gastrectomía. No tratamiento crónico. Situación basal: electricista en una empresa que instala casetas del AVE. Vive en Madrid. Historia actual: cuenta haber regresado hace 10 días de Sierra Leona, donde pasó 7 meses construyendo un hospital y compartiendo habitación con un compañero ingresado allí actualmente por tuberculosis. Refiere tos y hemoptisis desde una semana antes de regresar, con esputos amarillentos-verdoso y hebras de sangre, que se hacen hemoptoicos francos en los últimos 10 días y asocia fiebre (máximo de 38,5°C). Al llegar hoy a la estación de autobuses, presenta hemoptisis de 10 cc. Exploración física: TA: 116/68 T° 37,1°C FC 113 l.p.m. Sat.O2:99% Estado de consciencia: Normal. No adenopatías ni lesiones cutáneas. AC: rítmico, sin soplos. AP: hipoventilación generalizada, con algún roncus basal. NRL: sin signos de focalidad neurológica. RESULTADOS: Analítica: sin hallazgos. Radiografía tórax: no cavitaciones. ECG: normal. Diagnóstico: Tuberculosis pulmonar. Se ingresa aislado con tratamiento. En anamnesis en planta: paciente cambia fechas del viaje y condiciones de la estancia, duda de vacunas y profilaxis administradas en el consejo al viajero y modifica síntomas. Al contactar con su hospital de referencia se confirman múltiples asistencias por el mismo motivo, al volver, supuestamente, de Venezuela y Nigeria (paciente niega). DIAGNÓSTICO: Trastorno facticio aplicado a uno mismo con predominio de signos y síntomas físicos.

Conclusiones:

Los trastornos facticios (300.19 DSM-5) se caracterizan por la presencia de síntomas físicos que se fingen para asumir y beneficiarse del rol de enfermo (motivación inconsciente, sin ganancia secundaria). Este caso coincide con la literatura en afectar a un varón, la historia itinerante, las conductas evasivas, la narración extraordinariamente dramática pero vaga e inconsistente al preguntar con más detalle, la pseudología fantástica para llamar la atención del entrevistador y el amplio conocimiento de terminología médica. Además, hemoptisis y fiebre se encuentran entre los cuadros clínicos más frecuentes. El diagnóstico es complicado, limitándose en urgencias a sospechar el trastorno, dados los escasos datos de su prevalencia. Debe tenerse en cuenta en pacientes con historia intensa de viajes, pocos o ningún visitante durante la hospitalización y curso clínico fluctuante.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-639

A PROPÓSITO DE UN CASO: DORSALGIA INCAPACITANTE

A Córdoba Alonso, M Lisa Gracia, C Marcote Ibáñez, S Neila Calvo, Z Salmón Gonzalez, C Salas Pelayo, E Cobo García

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras clave: dolor, hipercalcemia, mieloma múltiple

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 47 años sin antecedentes personales médicos de interés, que acudió al Servicio de Urgencias por un cuadro de dos meses de evolución de dorsalgia incapacitante de características mecánicas sin traumatismo previo, con evolución tórpida a pesar de analgesia. Además, refería dolor costal izquierdo desde hace cuatro meses de similares características pero menor intensidad. No asociaba síndrome general, fiebre ni focalidad infecciosa a ningún nivel. La exploración física fue normal. En la analítica se objetivó una insuficiencia renal leve, anemia normocítica- normocrómica y una hipercalcemia grado 1 (calcio corregido 11,3). Las radiografías de tórax y columna vertebral pusieron de manifiesto fracturas vertebrales en T6 y T8, así como una lesión lítica expansiva en la sexta costilla izquierda. Ante los hallazgos se solicitó la electroforesis de proteínas séricas con inmunofijación, donde se evidenció una banda monoclonal IgG kappa con una cuantificación del componente monoclonal de 6,34 g/dL. Con el diagnóstico de mieloma múltiple, el paciente ingresó en el Servicio de Hematología donde se completó el estudio con la determinación de beta2microglobulina (7,37 mg/L), electroforesis de proteínas en orina (normal), biopsia de médula ósea (77% de células plasmáticas atípicas), y Resonancia Magnética Nuclear (que descartó lesión del cordón medular). Una vez realizada la estadificación (IIIA e ISS3) se procedió a realización de vertebroplastia y se inició tratamiento quimioterápico intensivo con excelente tolerancia y buen control del dolor.

Conclusiones:

La dorsalgia es un motivo de consulta frecuente que en más del 95% de los casos tiene una causa mecánica, principalmente lesiones musculoligamentosas. No obstante, en ocasiones puede ser la primera manifestación de enfermedades subyacentes graves, como en el presente caso. El mieloma múltiple aparece en individuos adultos, con una edad media al diagnóstico de 66 años. La presencia de dolor óseo, principalmente a nivel dorsal y de características mecánicas, aparece en el 60% de los pacientes. Otras manifestaciones clínicas habituales en el momento del diagnóstico son anemia, incremento de la creatinina plasmática, astenia, hipercalcemia y pérdida de peso. Ante la sospecha de mieloma múltiple, el estudio inicial debe incluir la electroforesis de proteínas plasmáticas con inmunofijación.

P-640

ADENOPATÍA CERVICAL EN URGENCIAS

E Montero Romero, ML Calero Bernal, E Pérez García, M Bernabeu Wittel, S Sánchez Martínez, P Morera Pérez, JM Camero Macías

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Palabras clave: adenopatía, fiebre, linfoma

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Varón de 53 años que acude a urgencias por bultoma en región laterocervical izquierda. Antecedentes personales: exfumador, hernia de hiato y rinitis alérgica. Amigdalectomizado, herniorrafia inguinal derecha. Refería la presencia de dicho bulto desde hacía 5 meses, junto con la aparición posterior de otros similares en ambas ingles y axilas. Pérdida de peso, picos febriles intermitentes de 38°C o más e importante sudoración sobre todo nocturna. Exploración: Disfónico. Febril (37,9°C). TA 127/73, FC 133 lpm. Importante palidez mucocutánea. Se palparon adenopatías laterocervicales izquierdas de gran tamaño (unos 5 cm. de diámetro máximo), adenopatías laterocervicales derechas de unos 1,5 cm., duras y no dolorosas, y otras de similares características y de menor tamaño en ambas axilas e ingles. En muslo derecho lesión cutánea de color rojo- vinoso no dolorosa que había aparecido tres días antes. Auscultación cardiorrespiratoria en la que destacaban tonos cardiacos rítmicos a elevada frecuencia. Abdomen con hepatoesplenomegalia. Analítica urgente: creatinina de 1,6 mg/dL, urea e iones normales, glucosa 147 mg/dL, 10920 leucocitos con 70% de neutrófilos, Hb 12,3 mg/dL y coagulación normal. Radiografía de tórax: adenopatías parahiliares bilaterales. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Síndrome poliadenopático. Causas infecciosas: Síndrome mononucleósido, mononucleosis infecciosa, infección por VIH, toxoplasmosis, leishmaniasis visceral. Neoplasias: Enfermedad de Hodgkin, linfoma no Hodgkin, leucemia linfática crónica B, metástasis. **DIAGNÓSTICO FINAL** Se realizó TC de cráneo, cervical, torácico, abdominal y pélvico que mostró un gran conglomerado adenopático (7x8x9 cm.) cervical izquierdo, adenomegalias y conglomerados de cadenas cervicales, axilares, mediastínicas, hiliares, retroperitoneales, mesentéricas e hilio-inguinales, así como esplenomegalia. Se realizó biopsia tru-cut de una adenopatía axilar derecha y se inició tratamiento esteroideo para la citorreducción de las adenopatías previa administración de quimioprofilaxis de síndrome de lisis tumoral (sueroterapia, vitaminas y alopurinol). El resultado anatomopatológico nos dio el diagnóstico inicial: linfoma no hodgkin. Tras completar el estudio fue diagnosticado de linfoma difuso de células grandes B, fenotipo centrogerminal, estadio IVB. Realizó tratamiento con R-CHOP (rituximab, ciclofosfámid, adriamicina, vincristina y prednisona) con buena evolución.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

Conclusiones:

El linfoma difuso de células grandes B (LDCGB) es el linfoma más común constituyendo el 25% de todos los linfoma no Hodgkin en el mundo desarrollado. El diagnóstico debe hacerse mediante la biopsia de un ganglio linfático y está basado en la morfología y el inmunofenotipo.

P-641

LINFOCELE TRAS PROSTATECTOMÍA: UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE

L Cano Alcalde, Z Jiménez Bretones, B García Marina, C Hidalgo Collazos, J del Cañizo Canto, R Parada López, R Gómez Guerra

Hospital Infanta Leonor. Madrid

Palabras clave: dolor abdominal, TC abdominal, cáncer de prostata

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 66 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas. Con Antecedentes de HTA, DM, Fumador. Adenocarcinoma de próstata Gleason 7 tratado hace un mes con prostatectomía radical laparoscópica con linfadenectomía ilioobturatriz bilateral. Acude por dolor abdominal en ambos flancos de una semana de evolución con sensación de aumento de volumen a nivel de flanco izquierdo. No fiebre. No mareo. A la exploración física: TA 183/94, FC 78 lpm. Abdomen blando, doloroso a la palpación en flanco izquierdo donde se palpa masa dolorosa. No signos de irritación peritoneal. PPRB negativa. En la analítica sanguínea: Leucocitos 11970/mcl (70.5% Neutrófilos), Hb 13.1 g/dl, Hto 39.7%, VCM 92.5. Plaquetas 376000. TP 11.5 seg, INR 0.99, Fibrinógeno > 500 mg/dl. Glucosa 118 mg/dl, Creatinina 0.98 mg/dl, Urea 30 mg/dl, Na 143 mmol/L, K 5.6 mmol/L, LDH 142 U/L, PCR 23.5 mg/L. TC abdominopélvico con CIV: Se identifican dos lesiones quísticas compatibles con colecciones de 13.4x12.2x20 cm en el lado derecho y de 12.8x12x23.3 cm en el lado izquierdo, que se localizan en ambas regiones retroperitoneales y se extienden hacia ambas cadenas iliacas externas y región obturatriz izquierda. Dados los antecedentes quirúrgicos recientes, estas lesiones son sugerentes de colecciones postquirúrgicas (linfoceles) como primera posibilidad. El paciente fue valorado una semana después en consulta de urología con persistencia de los síntomas por lo que precisó drenaje de las colecciones.

Conclusiones:

Los linfoceles son una complicación infrecuente que generalmente se presentan tras la linfadenectomía pélvica por cáncer de próstata. La mayoría de los linfoceles son asintomáticos, sin embargo, en ocasiones pueden obstruir el drenaje venoso de la pelvis o el drenaje linfático de las extremidades inferiores, desplazar la vejiga o comprimir un uréter trasplantado, y en estos casos es necesario un tratamiento. Es importante conocer las complicaciones infrecuentes de aquellos procesos quirúrgicos frecuentes en nuestro medio



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-642

ENFERMEDAD DE POMPE

B López Benítez (1), JM Sánchez Hernández (1), MY Orellana Gómez (1), VE Fermín Ramírez (1), MR Frías Hervás (2), M Martín Sánchez (1)

(1) Centro de Salud Ávila Suroeste, (2) Centro Salud Ávila Suroeste

Palabras clave: enfermedad de Pompe, déficit de alfa, glucosidasa, muestra en sangre seca

Ámbito del caso:
Extrahospitalaria

Historia clínica:

Varón de 38 años, con antecedente de un episodio de insuficiencia renal en la infancia sin alteración de la función renal residual. Resto sin interés. No hábitos tóxicos. Sin antecedentes familiares en la patología actual. Hasta los 19 años llevó una vida normal y activa con un desarrollo normal y haciendo deporte periódico. A los 19, tuvo un primer episodio de astenia, coluria, con mialgias en todo el cuerpo tras un partido de fútbol y al acudir a Urgencias se le detectó insuficiencia renal sin rhabdomiolisis. Hasta los 35 años vida normal. A dicha edad volvió a tener un episodio similar en el contexto de infección respiratoria, con fiebre y toma de Amoxicilina. Desde su recuperación está asintomático. En la exploración destaca: fiebre (38°C) con ORL: orofaringe hiperémica, amígdalas normotróficas sin exudados. No adenopatías. Resto de exploración física general anodina. En cuanto a la exploración neurológica: no signos de focalidad de ningún tipo. No debilidad muscular, tono y trofismo musculares normales. ROT normales. No signos de afectación piramidal. Sensibilidad normal. En la analítica se observa una CK 120167 y una MIOGLOBINA 19435 resto normal. Resultados de autoinmunidad y serologías negativas. Se realizan pruebas complementarias: electromiografía (EMG) con resultados normales, la biopsia muscular muestra hallazgos histológicos sugestivos pero no concluyentes de glucogenosis tipo II (déficit de maltasa ácida juvenil/del adulto). Por último, se realiza método en sangre seca (DBS) que sugiere el diagnóstico de enfermedad de Pompe que, acaba confirmándose con un análisis genético con estudio molecular completo del gen de la alfa-glucosidasa.

Conclusiones:

La Enfermedad de Pompe: patología muscular debilitante y rara con dos formas clínicas: infantil, se manifiesta en los primeros meses de la vida y juvenil/adulta, aparece después del primer año de vida. Ambas provocan un debilitamiento muscular progresivo y dificultades respiratorias con amplia variedad en cuanto a la gravedad de la enfermedad según el grado de afectación y la edad de inicio de la misma. Se diagnostica con el método DBS y para confirmar se realiza análisis mutacional del gen de la alfa-glucosidasa. Se trata con terapia de sustitución enzimática cuando aparezcan los síntomas propios de la enfermedad.

P-643

ALGO MÁS QUE UNA DISNEA PROGRESIVA...

L Campo Alegría, ME Sánchez García, A Quijano Diego, B Fernández Gutiérrez, P López Hernández, V Márquez Sánchez, L Callero Duarte

Hospital Dr. José Molina Orosa. Lanzarote

Palabras clave: dyspnea, pericardial effusion, neoplasm

Ámbito del caso:
Hospitalaria

Historia clínica:

Hombre 61 años, acude a urgencias por tos de aproximadamente 1 mes y medio, sin expectoración, con disnea y astenia, la última semana asocia disnea de mínimos esfuerzos. Presenta edema en pierna derecha de 24 horas evolución. No tiene alergias medicamentosas conocidas. No refiere antecedentes de interés. No tratamiento domiciliario, salvo 3 ciclos antibióticos. Exfumador desde hace 4 años, con acúmulo >75 paquetes/año. Exploración física, consciente y orientado. Presión Arterial (PA) 146/98, Temperatura (T°) 35.9°C, Saturación Oxígeno (SatO2) 97%, Frecuencia Cardíaca (FC) 110lpm, Frecuencia Respiratoria (FR) 32rpm. Auscultación cardíaca: Rítmica, tonos apagados. Auscultación respiratoria: disminución del murmullo vesicular en campos medios izquierdos, escasos roncus. Ingurgitación yugular en decúbito, arañas vasculares en tórax. Abdomen: blando, doloroso en h ipocondrio dcho. Hepatomegalia de 2-3 traveses de dedo. Edemas en pierna derecha, datos de insuficiencia venosa crónica. Electrocardiograma: Ritmo sinusal, a 87lpm, eje normal, PR 0.16, escaso voltaje del QRS. Radiografía tórax: sin condensaciones, índice cardiotorácico aumentado, elevación del hemidiafragma izquierdo, no presente en estudios previos. Analítica: Hemoglobina 12.4 g/dL, Hematocrito 37,6%, plaquetas 198000/uL, leucocitos 4900/uL, 64% neutrófilos, I. Quick73? TTPA35.5, INR1.28, Fibrinógeno 611mg/dL. Glucosa 133 mg/dL, Urea 32 mg/dL, Creatinina 0.73 mg/dL, CKD > 90, Na140 meq/L. K3.6 meq/L, Cl104meq/L, proBNP 187pg/mL PCR 2.2mg/dL, Bilirrubina total 0.88mg/dL, AST39UI/L, ALT39UI/L, amilasa 47 UI/L. Ante la sospecha de derrame pericárdico se solicita ecocardiograma urgente. Aurícula derecha: colapso parcial. Cava inferior dilatada. Derrame pericárdico circunferencial muy severo, hasta 37-40 mm lateral a ventrículo izquierdo (VI). Signos ecocardiográficos de tapo-namiento. Ingresa en Cuidados Intensivos para pericardiocentesis terapéutica drenándose 830 cc de líquido serohemático. Permanece estable, se drenan 1400 cc en total. En TAC torácico presenta conglomerado adenopático heterogéneo, en la ventana aortopulmonar de 6*4 cm (etiología infecciosa vs neoplásica). Marcadores tumorales: Elevación de CEA10.18, CA72,4, CA15,3, CA125. Estudios del líquido pericárdico: Adenosina desaminasa (ADA) 49UI/L etiología más probable del derrame es la tuberculosis. Se inicia Rifater y prednisona. La citología del líquido pericárdico resultó positiva para malignidad, compatible con tumor epitelial. En PAAF de ganglios cervicales se objetivó adenocarcinoma. TAC cerebral: dos lesiones



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

secundarias localizadas en los lóbulos cerebeloso y parietal derechos. JC Adenocarcinoma de pulmón estadio IV (derrame pericárdico)TxN3M1b.

Conclusiones:

En urgencias es muy importante una correcta orientación diagnóstica a partir de pruebas básicas como la Radiografía de tórax y el electrocardiograma. En este caso hicieron sospechar un taponamiento cardíaco y solicitar las pruebas complementarias adecuadas, sin dar palos de ciego ni demorar el diagnóstico.

P-644

EPIGASTRALGIA EN VARÓN HIPERTENSO DE 59 AÑOS CON ANTECEDENTES DE ANEURISMA

MR Rivas Martínez, A Perea Fernández, P Fajardo Velasco, A Fernández Gomez, JE Cobo Muñoz, ML Millán Montilla

Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras clave: aneurisma, disección aorta, endoprótesis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón 59 años, alérgico a penicilina, hipertenso, intervenido de aneurisma aorta ascendente hace 6 años y valvulopatía aórtica, tratamiento con bisoprolol, sintrom, eplerenona, olmesartan/hidroclorotiazida. Consulta múltiples veces por epigastralgia inespecífica de varios días de evolución irradiada hacia atrás, se asocia a crisis hipertensivas y sudoración profusa, sin otros síntomas. Exploración: normohidratado, normoperfundido, hipertensión (190/ 92mmhg) FC: 65 lpm, Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos, clic diastólico en foco aórtico. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando, molestias en epigastrio, no defensa. Extremidades: no edemas, no TVP. Pruebas complementarias: Analítica hemograma normal, coagulación: INR:3,04, dimero D: 4465, Bioquímica: GGT: 436, hipopotasemia leve, troponina I: 0,25, AngioTAC toracoabdominal: prótesis metálica de válvula aórtica, aneurisma diseccante aorta tipo B desde salida de arteria subclavia izquierda hasta salida de arteria mesentérica superior, con diametro 6,6 cm, siendo 3,1 cm de luz verdadera. En región toracoabdominal, diámetro anteroposterior máximo de 5,4 cm, con luz verdadera 6 mm. No afecta a troncos supraaórticos. Ateromatosis aórtica y de coronarias, imagen de alta densidad que sugiere endoprótesis de aorta torácica. Aortografía: progresión distal de la disección sin rellenarse arteria mesentérica. Evolución: se controla tensión arterial con labetalol y urapidilo, manteniéndose estable. Se coloca endoprótesis torácica. Diagnostico diferencial: perforación de víscera hueca, pancreatitis, pleuritis, infarto agudo miocardio, insuficiencia nórtica aguda, pericarditis, tumor mediastinal, dolor músculo-esquelético.

Conclusiones:

En la disección aórtica se produce una ruptura de la capa íntima de la pared del vaso con formación de falsa luz entre esta capa y la media. Es una emergencia vital, con una incidencia de 5-10 casos por millón de habitantes/año. Debido a su gravedad y compromiso vital tenemos que descartarla ante clínica sugestiva, sobre todo varones entre 60-70años con factores de riesgo como la disminución de la resistencia de la pared arterial y la hipertensión. Típicamente se presenta con dolor torácico severo, retroesternal o interescapular irradiado a espalda y abdomen. Puede haber presentaciones atípicas como la de este caso, con epigastralgia inespecífica e hipertensión debiendo de sospecharlo por los antecedentes previos que presentaba al paciente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-645

DISNEA SÚBITA Y DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS

S Neila Calvo, C Salas Pelayo, E Cobo García, M Lisa Gracia,
Z Salmón González, A Córdoba Alonso, C Marcote Ibañez

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras clave: disnea, derrame pericárdico, taponamiento cardíaco

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 56 años que acude al servicio de urgencias por disnea rápidamente progresiva y dolor torácico centroopresivo. ANTECEDENTES PERSONALES: Diagnosticado en Sept. 2011 de sarcoma pleomórfico indiferenciado de muslo derecho sometido a resección completa, quimioterapia y radioterapia. En junio 2015 evidencia de progresión tumoral a costa de derrame pleural y nódulos en LID, LII, LSD y LSI con atelectasia lobar. El 20/07/2015 ante aumento de su disnea habitual se procede a reevaluación por TC que evidencia progresión pulmonar que parece infiltrar pericardio y pleura visceral. ENFERMEDAD ACTUAL Y EXPLORACIÓN FÍSICA: Acude al servicio de Urgencias por clínica de disnea súbita y dolor torácico. Presenta muy mal estado general con disnea intensa, muy sudoroso, taquipneico (>30 rpm), taquicárdico (200 lpm en FA), con PVY muy elevada. TA80/40. AP: hipoventilación global. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realizó en la sala de urgencias ecografía clínica con sospecha de derrame pericárdico y ante la sospecha clínica de taponamiento cardíaco se avisó al Servicio de Coronarias. Ecocardiograma: derrame pericárdico severo con datos de taponamiento cardíaco. Se realizó pericardiocentesis con salida de 600 ml de líquido pericárdico hemático. Persistía la fisiología de taponamiento cardíaco a costa de efecto masas de los grandes implantes pericárdicos. DIAGNÓSTICO: Sarcoma pleomórfico de muslo con diseminación metastásica. Implantes pericárdicos. Derrame pericárdico severo. Taponamiento cardíaco. Éxito. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: 1. Fibrilación auricular con inestabilidad hemodinámica; 2. SCA; 3. Tromboembolismo pulmonar; 4. Taponamiento cardíaco.

Conclusiones:

El caso clínico se desarrolló con mucha rapidez, y gracias a la exploración física compatible con taponamiento junto con la detección del derrame pericárdico en la ecografía clínica y el antecedente de implantes tumorales pericárdicos hizo que el servicio de coronarias pudiera intervenir con premura. Sin embargo, y pese a realizar dos pericardiocentesis, el paciente presentó mala evolución clínica y de acuerdo con el servicio de Oncología se decidió limitación del esfuerzo terapéutico y sedación, causando éxito a las pocas horas.

P-646

DOLOR TORÁCICO EN EL TANATORIO

IBG, C Valladares Jiménez, MV Alonso Pino, JM Castro García,
OD Navarro Aparicio

Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz

Palabras clave: síndrome Tako-Tsubo, apical ballooning, dolor torácico

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 82 años, hipertensa, cuidadora principal de su marido, gran dependiente, que falleció ayer. Estando en el velatorio precisó asistencia de DCCU por dolor torácico en el contexto de cuadro ansioso con EKG normal. Unas horas después avisan de nuevo a CCUE por igual sintomatología, objetivándose ahora cambios en EKG. A su llegada al hospital continúa con DT de características típicas y cortejo vegetativo llamativo. Primer EKG con BAV de primer grado, hemibloqueo anterior izquierdo y elevación de ST en cara lateral. La sintomatología se hace más acusada con cuadro presinco-pal, objetivándose electrocardiográficamente BAV completo transitorio. Se realiza nuevo EKG donde se objetiva ritmo sinusal, bloqueo completo de rama derecha con concordancia inapropiada en II, III, aVF y de V4-V6. La paciente pasa a cuidados intensivos donde hace una pausa de asistolia con posterior recuperación de circulación espontánea tras maniobras de RCP, precisando MP profiláctico. Analítica con seriación enzimática con primera troponina tUS 4,3 ng/ml y segunda de 0,53 ng/ml. Se realiza cateterismo coronario objetivándose VI ligeramente dilatado, disquinesia apical, aquinesia anterolateral e inferior. FE global severamente disminuida de 29%. PTDVI elevadas (32 mmHg). Ausencia de estenosis coronarias. Flujo ligeramente enlentecido en DA. Cuadro clínico sugestivo de miocardiopatía de estrés, síndrome de Tako-Tsubo. Posteriormente la paciente presentó EAP que precisó VMNI y episodio de FA con RVR que revirtió farmacológicamente con amiodarona. Al alta paciente con recuperación integral, asintomática con retirada de MP transitorio.

Conclusiones:

El síndrome de Tako-Tsubo, es una patología moderna, descrita en 1.990 en Japón. Actualmente hay casos diagnosticados en todo el mundo sin tener una cifra clara en su incidencia, su etiología, diagnóstico, tratamiento en fase aguda y prevención a largo plazo. Clínicamente indistinguible de un SCA, pero sin lesiones significativas en las coronarias. Nuestra paciente es un caso típico, DT anginoso, en el contexto de proceso vital estresante, cambios eléctricos sugestivos de SCACEST, mínima elevación enzimática con cateterismo anodino. Presentó complicaciones típicas en la evolución del proceso disquinético con datos de fallo cardíaco. Siempre que tengamos un paciente con las características clínicas descritas previamente debemos incluirlo en nuestro diagnóstico diferencial, no siendo una patología aislada y con la que debemos comenzar a familiarizarnos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-647

ROTURA DE LA CUERDA TENDINOSA: UNA CAUSA DE INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

R Aranda Colubi (1), A Lozano Vicente (1), MJ Martínez López (2)

(1) Centro de Salud de San José de la Rinconada, (2) Centro de Salud Sant Olalla del Cala. Sevilla

Palabras clave: mitral valve insufficiency, rupture, heart failure

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Paciente varón de 52a con AP de dislipemia, hepatopatía enólica y exfumador. Consulta en urgencias de un CS por tos productiva y dolor centrotorácico punzante, no irradiado, sin cortejo vegetativo y que empeora con la tos y con la inspiración profunda. Refiere además disnea progresiva en los dos meses previos. El paciente presenta buen estado general, está bien hidratado, perfundido y eupneico. A la auscultación presenta soplo sistólico panfocal V/VI, no conocido previamente. Auscultación pulmonar, exploración abdominal y miembros inferiores normales. Las constantes vitales y el EKG son normales. En urgencias se le hacen las siguientes pruebas complementarias: Analítica con discreta leucocitosis con neutrofilia, Troponina T 30,93 ng/l, Dímeros D 1500, resto normal. Rx de tórax: Infiltrado intersticial en bases e hilos congestivos. Angio-TAC: no signos de TEP y se describe infiltrado en vidrio deslustrado en hemitórax derecho en relación a posible neumonía y/o insuficiencia cardiaca. Derrame pleural ligero. Durante su estancia en urgencias presenta de forma brusca disnea intensa con crepitantes bibasales en la auscultación pulmonar y saturación de O₂ del 88%. Coronariografía sin lesiones. La ETT muestra un VI no dilatado con ligera HVI, función sistólica marcadamente hiperdinámica, AI ligeramente dilatada, VM con eversión del velo posterior sin poder descartar rotura de cuerda tendinosa. En la ecografía transesofágica: regurgitación mitral severa con rotura de cuerda tendinosa, función sistólica conservada sin datos de HTP severa. El diagnóstico fue ICC secundaria a IM severa por rotura de cuerdas, y neumonía atípica adquirida en la comunidad. Se instaura tratamiento farmacológico hasta estabilidad clínica, interviniéndose en un segundo tiempo para la reparación valvular mitral, siendo la evolución del paciente favorable.

Conclusiones:

Ante un caso de insuficiencia cardiaca aguda y descartada la cardiopatía isquémica (causa mas frecuente), debemos pensar en la patología valvular como etiología y dentro de ella, en la insuficiencia mitral aguda. Dado que la evolución de esta patología es rápida (principalmente aquellas con rotura de cuerdas tendinosas) y su pronóstico grave, es importante sospecharla clínicamente para la orientación del caso y la instauración del tratamiento mediante cirugía, ya que la insuficiencia mitral aguda constituye una Emergencia Quirúrgica, con una mortalidad elevada.

P-648

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 El Bierzo. León

Palabras clave: dysphasia, dysarthria, post stroke epilepsy

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: La alteración aguda del lenguaje es un signo altamente sugerente de patología cerebrovascular, sobretudo 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. **CASO CLÍNICO:** 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 anticomicial con Levetiracetam, no vuelve a presentar ningún nuevo episodio en relación con crisis comicial. 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 epiléptica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-650

UN CUELLO DE INFARTO

F D P, G del Pozo Peláez, C Lorenzo Coss, CH Aubert, R Vallejo, G Molina Barriga

Hospital El Escorial. Madrid

Palabras clave: dolor de cuello, dolor irradiado, cardiopatía isquémica

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 49 años con AP de DM, DL, no HTA, fumadora, No RAMC. En tratamiento con Atorvastatina, metformina. Acude a urgencias por dolor cervical de 2 días de evolución de no clara características mecánicas. Ha tomado ibuprofeno sin mejoría. No traumatismos ni sobreesfuerzos previos con episodios previo similar de menor intensidad irradiado a ambos hombros. Niega dolor torácico, no cortejo vegetativo, no disnea, no palpitaciones, ni otra sintomatología. Desde Triage pasa a sala de traumatología. EF: Consciente, orientada en sus tres esferas, BEG, nutrida, perfundida, hidratada, ligera palidez cutánea, eupneica en reposo. NR: normal, CyC: no IY, carótidas rítmicas sin soplos, no paoifisalgias, movilidad activa y pasiva ligeramente dolorosa (refiere molestia), no contractura muscular. AC: ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. AP: MVC sin ruidos agregados. Abdomen normal, pulsos femorales presentes y simétricos, MMII: no edemas, no signos de TVP, pulsos pedios presentes. La clínica y la exploración de cervicalgia no era clara y además la paciente no se sabía explicar muy bien pues se le pasa a sala de enfermería para constantes. TA: 280/120 mmHg por lo cual se le realiza analítica con enzimas cardiacas, ECG y se buscan datos en base de dato HORUS encontrándose que el año pasado tuvo un dolor precordial objetivándose onda T negativa en cara anterior, con ergometría no valorable. No se completó el estudio puesto que la paciente rechazó el cateterismo. Resultados de PC: ECG: ascenso STen DII, DIII y AVF, onda Tneg en cara anterior. Enzimas cardiacas de Troponina I ultrasensible de 434pg/ml. Diagnóstico: SCACEST en el contexto de una urgencia hipertensiva en paciente diabética con un dolor atípico.

Conclusiones:

El dolor de cuello (DC) es un síntoma muy frecuente entre las consultas que se presentan en urgencia. Un 28-34% de la población presenta en algún momento de su vida un episodio de DC. Presente una prevalencia de un 13% y un gran porcentaje es de origen osteomuscular, pero también puede ser un dolor referido o irradiado que supone un desafío importante para su Dx ya que engloba algunas patologías de riesgo vital como la cardiopatía isquémica. Como bien se han descrito. Por otra parte otros factores a tener en cuenta en la presentación de un dolor atípico de origen cardíaco son los FRCV como lo es la DM, que en estos pacientes suelen reducirse la percepción del dolor haciendo la isquemia cardíaca silente o cursar con síntomas

inespecíficos. Es fundamental realizar un buen dx diferencial de dolor de cuello. La calidad del dolor, duración, intensidad, localización, así como los factores desencadenantes nos facilitan las medidas que debemos realizar para llegar a un Dx certero.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-651

ARRITMIA CARDIACA POR FÁRMACO ANTIARRÍTMICO

MA Zapatería García, M Sada Ruiz, F Sanz de Galdeano Sanz de Galdeano, MA Pérez Gutiérrez, T Puras Artajo, F Arroyo Alejos, C Riba Castel

(1) Hospital Reina Sofía, (2) Hospital García Orcoyen de Estella. Navarra

Palabras Clave: flúter IC, flecainida, proarritmia farmacológica

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 59 años sin antecedentes personales de interés, fue derivada a Urgencias por el médico del balneario porque al entrar en un baño terapéutico comienza con palpitaciones. Le realizan ECG en el centro con el hallazgo de arritmia cardíaca por fibrilación auricular (FA) con respuesta ventricular media a 120 por minuto. La paciente estaba tomando esos días Azitromicina 500 mg diarios por cuadro de infección de vías respiratorias altas. Exploración física: la paciente se mantiene estable hemodinámicamente con constantes vitales normales a excepción de la taquicardia que tolera perfectamente. Dado que es el primer episodio de FA, de unas 2 horas de evolución y sin cardiopatía estructural, se decide cardioversión farmacológica con Flecainida (Fc) 300 mg vía oral bajo monitorización. A las 3 horas de la administración del fármaco presenta un cambio de ritmo en monitor a taquicardia de QRS estrecho a 110 pm. En ECG se objetiva un flúter auricular con una conducción con grado de bloqueo variable (2:1, 3:1) manteniéndose la paciente asintomática. Ante la sospecha de flúter IC por Fc se le administra un betabloqueante (Bisoprolol 5 mg vía oral) y salta a ritmo sinusal.

Conclusiones:

La flecainida es un fármaco antiarrítmico de la clase IC de elección para el tratamiento de la FA sin cardiopatía estructural. Está contraindicado en cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, hipertrofia ventricular significativa, bloqueos de rama u otros trastornos de la conducción por su efecto en la refractariedad y enlentecimiento de la velocidad de conducción. Aunque es un efecto secundario poco habitual pero puede ser también proarritmico y causar un tipo de flúter no común denominado IC que se trata con fármacos que disminuyen la conducción auriculoventricular (betabloqueante o antagonistas del calcio). Por ello antes del uso de la Fc conviene tener en cuenta los factores de riesgo que pueden favorecer la proarritmia farmacológica como son: episodios previos de proarritmias, taquicardia o fibrilación ventricular, QT largo, PR corto, sexo femenino con QT fisiológicamente más largo, hipopotasemia, hipomagnesemia e interacciones farmacológicas con antihistamínicos H1, procinéticos, otros antiarrítmicos y macrólidos como pudo ser el caso de esta paciente que estaba siendo tratada con azitromicina.

P-652

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CON PERICARDITIS EPISTENOCÁRDICA CONCOMITANTE EN PACIENTE DE 33 AÑOS

CA Yago Calderón, E Caro Vázquez, M Buforn Jiménez

Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

Palabras clave: infarto, pericarditis, anticonceptivos

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 33 años, fumadora, endometriosis en tratamiento hormonal con estradiol/dienogest y progesterona e hipotiroidismo. Fue valorada en urgencias hace 7 años por pericarditis leve que no precisó ingreso hospitalario. No cardiopatía isquémica familiar precoz. MOTIVO DE CONSULTA: acude a urgencias por dolor en hemitórax izquierdo punzante irradiado a mandíbula y MSI que comenzó en reposo y que aumenta con la inspiración y el decúbito. Niega clínica infecciosa previa. En PRUEBAS COMPLEMENTARIAS destaca: leucocitosis con neutrofilia y elevación de marcadores de daño miocárdico (tanto troponinas como CK-MMB) con un EKG que muestra supradesnivelación cóncava de 1 mm difusa. Con la sospecha de miopericarditis se solicita ecocardiografía en la que se detectan trastornos segmentarios de la contractilidad, por lo que se decide coronariografía urgente que evidencia oclusión trombótica recanalizada sobre placa ulcerada de segmento distal de descendente anterior, realizándose ICTP sobre lesión con implante de stent farmacoactivo. Durante su ingreso en planta se administra doble antiagregación y alguna dosis extra de AINEs v.o. presentando buena evolución clínica, siendo dado de alta asintomática y habiéndose descartado la existencia de coagulopatía.

Conclusiones:

La pericarditis epistenocárdica es una reacción inflamatoria del pericardio en respuesta a la agresión isquémica del miocardio subyacente. Se presenta en un alto porcentaje de infartos agudos transmuros de cualquier localización. Su incidencia en el total de infartos agudos es del 16% y suele ocurrir en la primera semana de evolución postinfarto. Requiere que el paciente permanezca hospitalizado para mantenerlo en observación ante la posibilidad de desarrollar taponamiento. El ibuprofeno, aumenta el flujo coronario, siendo el tratamiento de elección. La aspirina a dosis de hasta 650 mg/4h también utiliza con éxito. Otros agentes no esteroideos conllevan el riesgo de producir un adelgazamiento de la pared infartada. Los corticoides se reservan para los síntomas refractarios, ya que pueden retrasar la cicatrización de la zona infartada. Los últimos metaanálisis muestran que el riesgo general de trombosis arterial no aumenta en mujeres que utilizan píldoras anticonceptivas orales respecto a las que no la toman. El riesgo no varía según el tipo de progestágeno, sin embargo, casi se duplica en las mujeres que toman píldoras con dosis mayores de estrógeno (50 µg/día).



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-653

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR BILATERAL EN GESTANTE COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE SARCOMA RETROPERITONEAL

P Godoy Rodríguez, CA Yago Calderón, D Fernández Vargas

Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

Palabras Clave: sarcoma, embolia pulmonar, embarazo

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 31 años embarazada de 9 semanas de gemelar, que acude a nuestras urgencias por presentar aumento del perímetro de ambas piernas que se acompaña en el día de la asistencia de disnea brusca a mínimos esfuerzos. Pese a que inicialmente se realiza eco-doppler de MMII descartándose TVP, la paciente presenta mala evolución clínica por lo que se realiza angioTC confirmándose TEP bilateral, motivo por el que se inicia anticoagulación oral. Pese a una correcta anticoagulación, sufre nuevo episodio trombótico (TVP en MID), colocándose filtro en vena cava, aún con embarazo en curso. A los 30 días comienza con dolor pélvico y metrorragia siendo valorada en urgencias de ginecología y realizándose cerclaje uterino sin éxito terapéutico pues en una semana se produce aborto de ambos fetos. En ecografía transvaginal de control se aprecia gran masa pélvica de aparente origen uterino que origina progresivamente síntomas progresivos por lo que se decide exéresis de la misma. En biopsia intraoperatoria retroperitoneal se confirma tumor fusocelular maligno compatible con sarcoma de alto grado.

Conclusiones:

La asociación entre cáncer y enfermedad tromboembólica radica en que los pacientes oncológicos tienen un mayor riesgo de sufrir eventos tromboembólicos y que éstos pueden ser la primera manifestación de una neoplasia oculta. Es frecuente que existan anomalías de los parámetros de la coagulación en los pacientes con cáncer, entre ellas, aumento de los factores protrombóticos (factor VIIa, complejo trombina-antitrombina, del factor von Willebrand y de la protrombina, y disminución de las proteínas anticoagulantes C y S). Por todo ello, en paciente jóvenes, sin antecedentes de coagulopatías conocidas y evento tromboembólico siempre deberemos pensar en una posible neoplasia oculta.

P-655

INTOXICACIÓN POR METANOL INHALADO

C Fernández Barreras (1), M Marroyo Salazar (2), P Blanco Lapeña (2), U Blanco Fuentes (3), J González Urtizberea (3), B Berruete Gómez (4), E López de Uralde Pérez de Albeniz (5)

(1) Osakidetza, (2) Hospital Universitario Araba, (3) Emergentziak Osakidetza, (4) Hospital Universitario de Araba, (5) Hospital Universitario de Araba. Getxo, Vizcaya

Palabras Clave: metanol, acidosis metabólica, perdida visual

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Paciente refiere inhalación de disolvente (con metanol) en los últimos cinco días y visión borrosa desde hace 24 horas. Empeoramiento progresivo y dificultad respiratoria. Niega consumo de otros tóxicos. Exploración TA 127/83, FC 88, SO₂ 100%, Adormilada, responde a órdenes sencillas. Consciente y orientada. Pupilas midriáticas reactivas. MOEs normales, no nistagmo. No diplopia. Dismetría dedariz. No claudicación de EE. Sensibilidad conservada. ACP: ruidos cardiacos ritmicos, no soplos. Buena ventilación bilateral sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: Anodino. EELL: pulsos pedios presentes. No TVP. ECG: RS a 90 lpm. Normoeje. No alteración en la repolarización. RxTx: no datos de patología pleuroparenquimatosa. BIOQUÍMICA: Sodio y potasio normal. Cloruro 99 mEq/L. Hemoglobina 16.5 g/dL. Hematocrito 49.6%. Plaquetas * 563 * 10³/mm³. Leucocitos 27.800 con desviación izquierda. Gasometría arterial O₂ 100%. pH * 7.19 pCO₂ 15 mmHg pO₂ 372 mmHg. Bicarbonato 5.7 mEq/L. CO₂ Total 6.2 mmol/L. Exceso de base -19.9 mmol/L. Porcentaje de Saturación O₂ 100% Lactato 1.1 mmol/L Metahemoglobinemia 0.9% Anion Gap 35.4. Tóxicos en orina: negativo. TRATAMIENTO RECIBIDO EN URGENCIAS: Monitorización. Bicarbonato 1/6M 250 x 2. SF 500 cc Etanol 30 g. Gasometría arterial O₂ al 100% tras tratamiento. Primera toma pH 7.21 siguiente muestra a las 2 h pH 7.32. Se decide realización de hemodiálisis urgente. HD de alto flujo y se inicia tratamiento con etanol en pc. Se ha administrado también tiamina y piridoxina y tratamiento con ac. Fólico ev. Se solicita RMN (sin hallazgos patológicos) e IC a Oftalmología que aunque no observa edema de papila recomienda utilización de corticoides a altas dosis. Tras tratamiento se normaliza el pH y se estabiliza a la paciente por lo que se dio el alta. Preciso seguimiento Oftalmológico observándose recuperación parcial de la visión. Además de seguimiento por Psiquiatría por trastorno de la personalidad.

Conclusiones:

Ante paciente con pérdida de visión debemos tener en nuestro diagnóstico diferencial la intoxicación por metanol, ya que se han descrito casos en los que ha sido incluso involuntaria por inhalación de detergentes en situaciones laborales. Es importante que la vida del paciente corre peligro y hay que corregir la acidosis rápidamente además de tratar la intoxicación con etanol, ácido fólico y medidas de soporte.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-656

ANGOR SECUNDARIO A INGESTA DE PESCADO

MM de la Torre Olivares, P Rodríguez Lavado, D Rosillo Castro,
D Fernández Garrido

Hospital del Noroeste. Murcia

Palabras Clave: síndrome de Kounis, angor, anafilaxia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente varón de 62 años sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por dolor torácico opresivo no irradiado, acompañado de sudoración, mareo y disnea. Los síntomas comenzaron una hora tras comer caballa y sandía en su domicilio. A la exploración se objetiva leve hipotensión y taquipnea, consciente y orientado. Destaca la importante hiperemia conjuntival y lesiones máculo-papulosas generalizadas sin angioedema ni prurito asociados. A la auscultación se encuentra rítmico, sin soplos, con hipoventilación generalizada. En ECG con dolor, infradesnivelación ST inferolateral con ondas T negativas en cara inferior. Como tratamiento se administró Actocortina, Polaramine, Urbason y Ranitidina, remitiendo el dolor. El paciente fue llevado al área de observación donde se añadió Plavix 300, Adiro 300 y clexane sc. Se objetivaron cambios en ECG sin dolor, mínima onda Q en D III con aplanamiento de T en cara inferolateral, sin modificación enzimática. A la semana se realizó coronariografía en la que no se evidenciaron lesiones. El paciente fue remitido a Alergología donde se le realizó estudio dando positivo para Ig E de Anisakis.

Conclusiones:

El síndrome de Kounis describe la asociación entre reacción alérgica y espasmo coronario. Se han descrito 2 variantes, tipo I se presenta en pacientes con arterias coronarias normales, el evento alérgico induce un espasmo coronario y el tipo II en los que existe enfermedad ateromatosa sobre la que las reacciones de hipersensibilidad pueden producir rotura de la placa con la consiguiente trombosis coronaria. En el ECG es frecuente el ascenso del segmento ST en las derivaciones anteriores e inferiores. Las determinaciones de enzimas cardíacas pueden estar en el tipo I dentro de rangos normales. No existen pruebas de laboratorio específicas para el diagnóstico. El tratamiento en el tipo I es una combinación de los tratamientos de la anafilaxia y del síndrome coronario agudo (SCA), algunos fármacos, deben ser aplicados con precaución, ya que pueden agravar la anafilaxia. La adrenalina puede agravar la isquemia, inducir vasoespasmo y arritmias. Aunque no se han publicado recurrencias, la exposición repetida al alérgeno podría causar de nuevo el cuadro. Ante un paciente con semiología cardíaca y lesiones urticarizantes se debe sospechar este síndrome.

P-657

SE ME VA LA VIDA POR LA VENTANA

A Blanco García, M Andrés Gómez, P López Tens,
D Fernández Torre, ME Guerra Hernández, J Villar Ramos

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras Clave: disnea aguda, cardiopatía congénita, comunicación interauricular

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: La disnea es una de las causas más frecuentes de consulta en Urgencias y el diagnóstico diferencial se divide en causas pulmonares y extrapulmonares. En pacientes jóvenes las principales causas son: neumotórax, broncoespasmo, TEP o psicógena, aunque no debe menospreciarse el origen cardíaco. **OBJETIVOS:** 1. Importancia de la anamnesis y la exploración física en Urgencias. 2. No toda disnea súbita es un TEP. **MATERIAL:** Mujer, 23 años, acude a Urgencias por disnea súbita. Refiere disnea de 2 meses con esfuerzos moderados, que atribuye al hábito tabáquico (< 10 cigarrillos/día). No clínica respiratoria. Afebril. No dolor torácico, ortopnea o disnea paroxística nocturna. No antecedentes médicos. No tratamientos habituales. A la exploración: buen estado general, consciente, orientada, TA 120/84, frecuencia cardíaca 72lpm. taquipneica (24rpm), Sat O₂ 91%. T° 36,5°C. Cabeza y cuello: no aumento de presión venosa yugular. Auscultación cardíaca: soplo eyectivo foco pulmonar. Resto exploración anodina. **RESULTADOS:** ECG: ritmo sinusal, eje derecho, T negativas precordiales derechas. Analítica: Bioquímica normal. Troponinas 0,03ng/dL. Hemograma: 7600 leucocitos (53%), Hb 14,4g/dL, Hto 43,4%, Plaquetas 230000. TP 66%, INR 1,25, Dímero D 400ng/dL. RX Tórax: Índice cardiorrespiratorio normal. Hilos prominentes. Aumento diámetro arteria pulmonar. No condensaciones pleuroparenquimatosas. Angio-TAC: dilatación tronco arteria pulmonar principal. Dilatación ventrículo derecho. Hallazgos compatibles con hipertensión pulmonar. No TEP. ECO-cardiograma: Dilatación importante del tronco pulmonar y de ambas ramas con defecto del tabique interauricular tipo ostium secundum, que se confirma en estudio transesofágico donde se objetiva paso del flujo bidireccional. Juicio diagnóstico: Comunicación interauricular ostium secundum. Hipertensión pulmonar severa. Disfunción VD.

Conclusiones:

2/3 de los pacientes con disnea súbita presentan causa cardíaca o pulmonar: edema agudo de pulmón, infarto agudo de miocardio, tromboembolismo pulmonar, obstrucción de la vía aérea. Los síntomas y signos que presente el paciente son fundamentales para orientar el diagnóstico, de ahí la importancia de realizar una buena anamnesis y exploración física. Aunque en pacientes jóvenes las causas más frecuentes suelen ser pulmonares, las cardiopatías congénitas



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

también deben ser consideradas, aún sin antecedentes personales, por poderse manifestar tardíamente. La comunicación interauricular es una de las cardiopatías congénitas más frecuentes, siendo el tipo *Ostium secundum*, el más habitual.

P-658

FIBRILACIÓN VENTRICULAR EN PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN LESIONES CORONARIAS

L Martínez Fernández, D García Iglesias, A Fidalgo Argüelles, E Velasco Alonso, L Junquera Vega, A Alperi García, V León Argüero

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Palabras Clave: paro cardíaco, síndrome coronario agudo, vasoespasmo coronario

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Varón de 62 años que ingresa en nuestro hospital tras parada cardiorespiratoria (PCR). Antecedentes personales: No alergias conocidas. Hipertensión. Dislipemia. No hábitos tóxicos. Cardiopatía isquémica con historia de tipo angina inestable con arterias coronarias sin lesiones. Tratamiento: Adiro, Clopidogrel, Simvastatina y Enalapril. Enfermedad actual: El paciente sufre cuadro sincopal. A la llegada de los servicios de emergencia se encuentra en PCR secundaria a fibrilación ventricular (FV) recuperando pulso tras 15 minutos de reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzada. En ECG se objetiva lesión subepicárdica lateral (ascenso segmento ST en I y aVL) por lo que se remite para coronariografía emergente. Exploración física: Tensión arterial 150/85, frecuencia cardíaca 60lpm, Saturación 100% con ventilación mecánica invasiva. Auscultación cardíaca: rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar: crepitantes y roncus espiratorios difusos. Abdomen sin hallazgos patológicos. Pulsos periféricos palpables. Pruebas complementarias: Hemograma y coagulación normal. Bioquímica: función renal e iones normales. Troponina T máxima ultrasensible 1590 ng/L. Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 70 latidos/minuto. Lesión subepicárdica lateral (I y aVL) con descenso especular en cara inferior. Rx Tórax: Sin condensaciones ni signos de IC. Coronariografía: Arterias coronarias sin lesiones angiográficamente significativas. Ecocardiograma: Aurícula izquierda levemente dilatada. Ventriculo izquierdo levemente hipertrófico, no dilatado, sin áreas de adelgazamiento ni acinesia, función sistólica global del 55%. Válvula mitral y aórtica normofuncionantes. Ventriculo derecho normal. No derrame pericárdico. Evolución y comentarios: Varón de 62 años con historia de cardiopatía isquémica remitido a nuestro centro tras PCR en FV recuperada. El cuadro es secundario a SCACEST lateral con arterias coronarias sin lesiones. Debido a estos hallazgos se decide implantar desfibrilador automático implantable (DAI) como prevención secundaria. El paciente es dado de alta con el siguiente tratamiento domiciliario: doble antiagregación, betabloqueante, estatina e inhibidor del enzima convertidor de la angiotensina. El paciente se encuentra a seguimiento en consulta, asintomático.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

Conclusiones:

Existe un porcentaje de pacientes con SCACEST (aproximadamente 3%) con arterias coronarias epicárdicas normales. Es más frecuente en jóvenes y mujeres. Como posibles causas se encuentran: vasoespasmos, coagulopatías, tóxicos (cocaína), enfermedades del colágeno, miocarditis, enfermedad microvascular etc. En este caso no se obtuvo diagnóstico etiológico, siendo lo más probable un vasoespasmos, por lo que el tratamiento con betabloqueantes es controvertido.

P-659

ABDOMINALGIA EN GESTANTE, NO SIEMPRE ES CÓLICO NEFRÍTICO

M Sanz Almazán, P Royuela Ruiz, M Varela Patiño, L Delgado Alonso, V Carbajosa Rodríguez, B Tijero Rodríguez, MS Sánchez Guevara

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Palabras Clave: abdominal pain, gestation-ovarian cyst

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Antecedentes personales: Mujer de 37 años, sin alergias medicamentosas. Gestante de 16 semanas con 2 abortos previos. Tratamiento: ácido fólico. Motivo de consulta: acude al Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) por presentar dolor lumbar izquierdo cólico irradiado a abdomen, de inicio súbito hace 90 minutos, con náuseas sin vómitos. Los días previos refiere episodios similares de menor intensidad. No síntomas miccionales. No fiebre. No metrorragia. Exploración física: TA: 112/70 mmHg, Fc: 67 lpm. Muy dolorida, normohidratada y eupneica. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen: blando, depresible, dolor a la palpación en flanco y fosa iliaca izquierda, no signos de peritonismo, ruidos hidroaéreos conservados. Puño percusión renal bilateral negativa. Exploraciones complementarias: Sistemático de sangre, bioquímica y sistemático de orina sin hallazgos, PCR:11. Ecografía de abdomen: feto único, movimientos cardíacos y fetales positivos. En región de vacío izquierdo gran lesión quística bien definida (11,7x11,2 cm) unilocular y con áreas sólidas periféricas o de engrosamiento mural en su parte superior e inferior, localizado por delante y próxima a la cortical anterior del riñón izquierdo sin depender de él, no pudiendo excluir un origen anexial izquierdo. Se realiza interconsulta a Ginecología que realiza ecografía transvaginal: feto vivo y reactivo, líquido amniótico normal, tumoración en lado izquierdo de 12 cm, anecogénica de bordes bien definidos. Evolución: Se pauta paracetamol y morfina intravenosa sin lograr control del dolor. Tras ecografía se decide laparotomía exploradora por sospecha de quiste anexial torsionado. Se visualiza tumoración de 20 cm dependiente de ovario izquierdo y se realiza anexectomía izquierda. Anatomía patológica: cistoadenoma seroso con cambios isquémicos y hemorrágicos. Diagnóstico diferencial: cólico nefrítico, infección urinaria, diverticulitis, obstrucción intestinal, embarazo ectópico, masa anexial, rotura uterina, etc. Diagnóstico: cistoadenoma ovárico izquierdo torsionado.

Conclusiones:

El dolor por cólico renal es el motivo de atención urgente no obstétrico más común en las gestantes. La fisiopatología del embarazo favorece la obstrucción ureteral, sin embargo, el médico del SUH debe siempre pensar en otros posibles diagnósticos (sobre todo si la evolución clínica no es la esperada) potencialmente graves. La ecografía es una herramienta inocua, rápida y accesible en SUH para el diagnóstico de patología aguda en el embarazo.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-660

ACCIDENTES CEREBROVASCULARES ENMASCARADOS. ICTUS ISQUÉMICO DE LA ARTERIA BASILAR

J Beteta Moya, M Cárdenas Antón, L Fontecha Olid,
P Olmedo Carrillo

Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras Clave: arteria basilar, ictus, diagnóstico diferencial

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón, 50 años. Como único antecedente, hipertensión arterial en tratamiento médico. Valorado en la tarde en su Centro de Salud por presentar episodio brusco de sensación vertiginosa, inestabilidad y náuseas. Ante sospecha de síndrome vertiginoso periférico inician tratamiento para el mismo. Estando recibiéndolo, el paciente sufre de modo súbito deterioro del nivel de conciencia por lo que avisan al Equipo de Emergencias 061 que lo traslada a nuestro hospital. A su llegada presenta mejoría clínica, con fluctuación del nivel de conciencia, alternando puntuaciones de 8 y 14/15 de la escala de Glasgow. Asocia midriasis derecha sin otra sintomatología acompañante. Se realiza TAC Craneal Simple que se informa como normal y ante la ausencia de hemorragia se activa Código Ictus. Dada su inestabilidad neurológica se procede a intubación orotraqueal y se inicia ventilación mecánica. Se realiza Angio-TC de Craneo y Troncos supraaórticos que muestra obstrucción en el top de la arteria basilar. Se inicia tratamiento fibrinolítico sistémico y se traslada al hospital de referencia para tratamiento neuroradiológico. Realizan recanalización de la arteria basilar mediante trombectomía con sistema TREVO 4x20, en un solo pase, consiguiendo recanalización completa (TIC:3). TAC de control: No se observan imágenes de sangrado. Pequeñas lesiones hipodensas en ambos tálamos compatibles con infarto establecido. El paciente evoluciona satisfactoriamente presentando como secuela diplopia en alguna posición de la mirada sin clara oftalmoparesia.

Conclusiones:

Los ictus del territorio vertebro-basilar suponen el 20% del total de la patología isquémica vascular cerebral, con un índice de mortalidad asociada del 3%. La oclusión de la arteria basilar representa el 14% de los ictus del territorio posterior, siendo la forma de presentación más grave, con una mortalidad del 85-95% si no existe recanalización, incluso en pacientes tratados con fármacos trombolíticos. Es importante distinguir el coma provocado por la trombosis basilar. Debe sospecharse ante posibles episodios de accidentes isquémicos transitorios (AIT) previos y el comienzo súbito del coma. Los AIT con frecuencia se presentan con síntomas menores como sensación subjetiva de inestabilidad, vértigo, disartria, cefalea, alteraciones visuales y pueden preceder al síndrome de accidente cerebrovascular basilar grave. Su diagnóstico retrasado o incorrecto, puede tener consecuencias devastadoras, incluyendo la muerte.

P-661

LUMBALGIA SUBAGUDA COMO DEBUT DE LINFOMA NO HODGKIN

M Sánchez Vicente (1), LJ Arce Segura (1), A Martín Combarro
(2), I Calzas del Pino (3), E Santamaría Rubio (4),
R Rodríguez Calveiro (1), Y López Albarrán (1)

(1) Hospital Universitario Infanta Leonor, (2) Summa 112, (3) Centro Médico Mapfre, (4) Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid

Palabras Clave: low back pain, spinal cord compression, lymphoma

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Varón de 72 años hipertenso, dislipémico y con hipertrofia benigna de próstata en tratamiento. Acude por tercera vez a urgencias por dolor dorso-lumbar mecánico tras sobreesfuerzo, que no ha mejorado con tratamiento oral ni intramuscular. Esta vez asocia oliguria y debilidad subjetiva de miembros inferiores. Se pauta analgesia intravenosa, con la que mejoraron el dolor y la debilidad, y se realiza sondaje vesical. Se solicitan radiografías de columna lumbar y analítica sanguínea que fueron normales. Se relaciona el cuadro con tratamiento con corticoides intramusculares pautados por su médico días previos, pues revisando la bibliografía aparecen descritos debilidad muscular y miopatía de predominio proximal con este tratamiento. La oliguria se relaciona con la hipertrofia de próstata. El paciente se va de alta caminando. Reacude a las 24 horas en anuria y con incapacidad para la marcha. En la exploración física el paciente presenta dolor a la palpación de musculatura paravertebral dorso-lumbar derecha, fuerza proximal y distal en ambos miembros inferiores 1/5 e incapacidad para deambular. Se pauta dexametasona intravenosa y se traslada a hospital de referencia donde realizan RMN que muestra compresión medular en zona dorsal debido a una masa epidural posterior, con infiltración ósea y de musculatura paravertebral, compatible con afectación metastásica. Se realiza cirugía urgente para descompresión. El estudio anatomopatológico y la inmunohistoquímica revelan que se trata de un linfoma No Hodgkin. Al paciente se le administraron radioterapia y quimioterapia más Metotrexate. Requirió ingreso prolongado por múltiples complicaciones. Actualmente se encuentra en tratamiento rehabilitador por deterioro funcional.

Conclusiones:

En la urgencia el diagnóstico etiológico de la lumbalgia es difícil, sobre todo ante clínica mecánica. Nuestro objetivo debe ser diferenciar las lumbalgias inespecíficas de las potencialmente graves. Para ello debemos ser exhaustivos tanto con la anamnesis como con la exploración física para detectar los últimos lo antes posible y poder tratarlos. La compresión medular es considerada una emergencia oncológica, es de vital importancia reconocerla a tiempo, pues un diagnóstico tardío puede llevar a la pérdida irreversible de la función neurológica y un deterioro de la calidad de vida del paciente si no se inicia un tratamiento oportuno y precoz.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-662

DOCTOR, YO ASÍ NO CAMINABA

J Madrigal Valdés, C Villamor Jiménez, A López Llerena,
A Domínguez Teba, B Villacañas Redondo, A Aymerich Sánchez
Hospital de El Escorial. Madrid

Palabras Clave: ataxia, stroke, spinal cord diseases

Ámbito del caso:
Extrahospitalaria

Historia clínica:

MOTIVO DE CONSULTA Alteración súbita de la marcha. HISTORIA CLÍNICA Antecedentes personales: Sin interés. No tóxicos. Anamnesis: Varón de 78 años que consulta por alteración súbita de la marcha de 6 horas de evolución que se inició al despertarse, con inestabilidad de la misma y parestesias desde región lumbar. Realiza estudio ambulatorio por HTA. Exploración: física general normal. Neurológico: disminución de fuerza en miembro inferior izquierdo, marcha inestable con aumento de base de sustentación y Romberg con caída y lateralización a la izquierda. Sensibilidad conservada en miembros inferiores. Pruebas complementarias: Analítica: Normal excepto elevación de fosfatasa alcalina y LDH. Electrocardiograma: ritmo sinusal. BRI no conocido. RX de tórax: En estructuras óseas se objetiva aumento de densidad en cuerpo vertebral D8. RX de columna lumbar: Acuñaamiento de D10. TAC craneal: Pequeña zona de hipodensidad con peor definición de los límites córtico-subcorticales en la parte postero-inferior del hemisferio cerebeloso derecho, que si bien es de valoración limitada por la presencia de artefactos de endurecimiento del haz en esta localización, no se puede descartar presencia de lesión isquémica aguda en territorio de la PICA dada la clínica. Juicio clínico, diagnóstico diferencial. Alteración de la marcha: Posible Ictus en territorio vertebrobasilar (PICA) vs afectación columna / patología espinal (Hiperdensidad vertebral y elevación de fosfatasa alcalina y clínica neurológica). Tratamiento: Se inició reposo en cama, vigilancia neurológica y antiagregación con AAS. Se cursa ingreso para estudio. Evolución El paciente presentó a la mañana siguiente mejoría de fuerza en MI. En ingreso se realizan pruebas complementarias con diagnóstico de Carcinoma de próstata estadio IV, con afectación de columna y partes blandas. La RMN cerebral fue normal, sin apreciarse lesiones isquémicas. Actualmente está pendiente de inicio de tratamiento.

Conclusiones:

La aplicabilidad de este caso se basa en la importancia de la base en medicina de la navaja de Ockham, donde un solo diagnóstico explicaría todos los hallazgos clínicos y en pruebas complementarias que presenta nuestro paciente, a excepción del TAC que tiene escasa definición para fosa posterior, lo que llevó a intuir diagnóstico de patología a nivel cerebral.

P-663

NEUMONÍA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA COMPLICADA CON EMBOLISMOS SÉPTICOS

S Melero Cabezas, A Pérez Zapata, S Cortés Company,
S Arnés González, F Juan Espert, P Sánchez Sánchez
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Palabras Clave: neumonía, *Staphylococcus aureus*, empiema

Ámbito del caso:
Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 14 años, acude a urgencias por síndrome febril de 3 días, artromialgias, escalofríos y tos seca, se realiza radiografía de tórax compatible con neumonía y analítica sin repercusión, se pauta amoxicilina-clavulánico y se deriva al domicilio. Ante evolución tórpida, con empeoramiento del estado general, fiebre de 39°C, aumento del trabajo respiratorio con taquipnea y tiraje subcostal, acude nuevamente a urgencias. A la exploración presenta satO2 97% con gafas nasales a 3l/min, tensión arterial 81/39 mmHg, taquipnea y auscultación pulmonar con hipoventilación en ambas bases con crepitantes asociados. En analítica presenta leucocitosis con neutrofilia, PCR elevada, leve deterioro de la función renal y alteración de la coagulación. En radiografía tórax condensaciones alveolares en lóbulo inferior derecho, izquierdo y superior derecho. Hemocultivo y esputo positivo a *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina y TAC torácico con hallazgos compatibles con embolismos sépticos, derrame pleural bilateral y trombosis aguda de vena yugular interna derecha. Dado empeoramiento durante su estancia en urgencias se decide ingreso en unidad de cuidados intensivos y se inicia tratamiento con linezolid, rifampicina y anticoagulantes. Posteriormente presenta empeoramiento respiratorio con acidosis severa, objetivándose neumotórax bilateral y empiema, procediendo a intubación y colocación de drenajes con reexpansión de ambos pulmones con edema posterior. Se añade meropenem y corticoides. Finalmente presenta mejoría clínica progresiva, realizando seguimiento por neumología durante 1 año y siendo dado de alta con recuperación completa. Diagnóstico definitivo: Neumonía multilobar con bacteriemia secundaria a *S.aureus* meticilina resistente, complicada con embolismos sépticos a nivel pulmonar y yugular interna, neumotórax bilateral y empiema.

Conclusiones:

La neumonía por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina, es una entidad con aumento en la incidencia por lo que la elección del tratamiento antibiótico apropiado es de particular importancia clínica para evitar las complicaciones.



índice temático



índice autores



inicio



P-664



CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-665

DISNEA E INSUFICIENCIA CARDIACA POSPARTO EN UNA MUJER SANA

E Quero Motto, LM Muñoz Gimeno, M^a A Esteve Pastor, M Salmerón Martín, FM Muñoz Franco, M Díez de Hoyo, M Lozano Espinosa

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Palabras Clave: miocardiopatía periparto, insuficiencia cardíaca, embarazo

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 37 años, sin antecedentes médicos de interés y con embarazos previos controlados y sin patologías, que tras su tercer parto eutócico es dada de alta y en los días posteriores refiere disnea de medianos esfuerzos que se acompaña de tos seca. Ante la persistencia de la clínica y aparición de edemas en miembros inferiores con fovea hasta las rodilla, decide consultar en su centro de salud, donde sospechan infección respiratoria, e inician tratamiento con Antibioterapia, mucolíticos y antihistamínicos, así como corticoterapia inhalada. La paciente no evoluciona favorablemente por lo que consulta en nuestro servicio. Presenta disnea de mínimos esfuerzos, ortopnea e intolerancia al decúbito. TA: 118/59, FC: 100 FR: 26 sat O₂: 89%. Precizando a su llegada Oxigenoterapia. La Radiografía de tórax evidencia infiltrados pulmonares bibasales y derrame pleural bilateral. El ECG muestra RS a 100 lpm. T negativas en I, II, aVF, y V4-V6. En la analítica destaca ProBNP: 503 pg/ml. La ecocardiografía informa de Ventrículo izquierdo (VI) dilatado con hipocinesia global con disfunción sistólica con FEVI 25% con derrame pericárdico global que genera colapso parcial de la Aurícula derecha. Se diagnostica de Miocardiopatía dilatada periparto. Se inicia tratamiento con furosemida e IECA con buena respuesta y mejoría clínica.

Conclusiones:

La miocardiopatía dilatada periparto (MDP) es una enfermedad cardíaca congestiva de etiología desconocida, aunque las evidencias actuales sugieren causas autoinmunes o incluso infecciosas. Puede aparecer en el tercer trimestre del embarazo y hasta cinco meses después del parto. Presenta una alta tasa de mortalidad, sobre todo cuando el diagnóstico y el tratamiento no se realizan de forma temprana. La MDP ocurre en mujeres sin signos ni síntomas preexistentes de enfermedad cardíaca. No existe ningún criterio clínico específico que sea patognomónico y el diagnóstico se basa en una sospecha clínica y se corrobora con los hallazgos ecocardiográficos compatibles con el inicio de una disfunción ventricular izquierda. El tratamiento está basado en la utilización de IECA, betabloqueantes, diuréticos e inotrópicos, según la repercusión hemodinámica que presenten. Incluso después de la recuperación total de la FEVI, los embarazos posteriores tienen un riesgo aumentado de recaída de la MDP.

P-666

DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO EN URGENCIAS DE UN MELANOMA METASTÁSICO Y SUS COMPLICACIONES

E Jaloud Saavedra, A Martínez Márquez, V López García de Longoria, P Fernández Gómez, D Núñez Hospital, L Castro Portillo, A Aquisé Pino

Hospital Universitario de Valme. Sevilla

Palabras Clave: ultrasonografía, urgencias hospitalarias, melanoma

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 23 años que acude a Urgencias por aumento del perímetro abdominal y dolor en cuadrantes derechos, tos seca, disnea, platipnea y febrícula desde hace tres meses. En la anamnesis dirigida, comenta sudoración nocturna y pérdida ponderal no cuantificada en los dos últimos años (seguimiento en Psiquiatría por sospecha de trastorno del hábito alimentario). A la exploración, mal estado general, caquexia y palidez mucosa. Normotensa, afebril, con saturación del 93%, taquipnea (28 respiraciones/minuto) y taquicardia (105 latidos/minuto). Abdomen con ascitis no a tensión y hepatomegalia dolorosa de 3 traveses de dedo. En la auscultación, abolición del murmullo en base derecha. Realizamos una ecografía abdominal a pie de camilla, objetivando masa subhepática de 11x9 cms, más bien homogénea, con algún área hipoecoica, que no depende de riñón ni hígado, y una segunda masa de 3x2 cms en región suprarrenal izquierda. Encontramos una tercera masa heterogénea en hipogastrio, de 9.5x8 cms, que parece ser anexial. Se evidencia también un derrame pleural derecho y líquido libre de moderada cuantía en todos los compartimentos peritoneales. Solicitamos analítica, destacando anemia con Hb 9.4, 512.000 plaquetas/mm³, PCR 91 y LDH 520. La radiología simple muestra derrame pleural derecho que desplaza mediastino. Trasladamos a la paciente a Observación, solicitamos tomografía urgente que confirma proceso neoplásico anexial derecho con enfermedad metastásica adrenal, peritoneal y pulmonar asociada a ascitis y significativo derrame pleural derecho. Practicamos toracocentesis y paracentesis ecoguiadas diagnóstico-evaluadoras e ingresamos en Ginecología, donde se realiza biopsia percutánea de una de las lesiones adrenales. Tanto ésta como la citología de líquido pleural arrojan el diagnóstico de melanoma. Aproximadamente a la semana de ingreso presenta deterioro severo del estado general, precisando sedoanalgesia y falleciendo a las 48 horas del inicio de la misma.

Conclusiones:

La ecografía clínica practicada por urgenciólogos es una herramienta imprescindible para una exploración completa por su inocuidad, versatilidad, portabilidad, seguridad e interpretación dinámica a pie de cama, complementando espectacularmente la



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

exploración clásica. Nos aporta información etiológica de enorme valor para una actuación precoz y efectiva en ciertas patologías que suponen una urgencia clínica, complementando además algunos procedimientos ecoguiados minimizando el riesgo de iatrogenia.

P-667

ENDOCARDITIS POR *S. BOVIS* SECUNDARIA A FÍSTULA ATRIO-ESOFÁGICA TRAS ABLACIÓN DE VENAS PULMONARES

V Palomar Alguacil, FB Quero Espinosa, AM Jiménez Aguilar, A Agustín Varas, FJ Montero Pérez, CJ Reyes Aguilar, JJ Barbudo Merino

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Palabras Clave: endocarditis, embolia, fístula atrio, esofágica

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 52 años, con miocardiopatía hipertrófica. Antecedente de procedimiento de ablación de venas pulmonares 4 semanas antes por fibrilación auricular recurrente. Consulta en urgencias por cuadro febril de 4 días de evolución con episodio de crisis comicial tónico-clónica generalizada, que se repite en la unidad de observación, apreciándose hemiplejía derecha en la exploración neurológica. Se realiza punción lumbar siendo el resultado compatible con meningitis bacteriana, ingresando el paciente en UCI, en donde se completa el estudio con ecocardiografía y endoscopia digestiva alta, diagnosticándose de fístula atrio-esofágica con endocarditis por *S. bovis* y múltiples émbolos sépticos a nivel cerebral. Su evolución es desfavorable, falleciendo a los pocos días en situación de coma profundo.

Conclusiones:

El aislamiento por ablación del ostium de las venas pulmonares es una terapia con buenas perspectivas en la fibrilación auricular, tanto a la hora de aliviar síntomas como de reducir el riesgo cardioembólico. Sin embargo, hay poca información acerca del mantenimiento del ritmo sinusal tras una técnica exitosa, y no se ha explorado lo suficiente la seguridad de la aplicación de radiofrecuencia a tejidos cardiacos. Tampoco se conoce bien cómo se propaga la energía de la radiofrecuencia a los órganos vecinos. Por ello, una de sus complicaciones más devastadoras es el desarrollo de una fístula atrio-esofágica, producida por la energía de radiofrecuencia administrada a la zona posterior de la aurícula izquierda. Se acompaña de una elevada mortalidad, siendo fatal en la mayoría de los casos comunicados, si bien la incidencia estimada de tal complicación está en torno al 0,25-1%. Habitualmente el cuadro clínico aparece a las 2-3 semanas tras el procedimiento, siendo la disfagia, el sangrado gastrointestinal y la fiebre los síntomas más comunes al inicio, en los que, junto al antecedente de ablación, el médico de urgencias debe basarse para instaurar un rápido diagnóstico, sin olvidar otras posibles complicaciones, como fenómenos embólicos y hemorrágicos, las relacionadas con los accesos vasculares y las de la punción transeptal.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-668

NO SUBESTIMES EL PODER DIAGNÓSTICO DE LA RADIOGRAFÍA CONVENCIONAL

A Azagra Calero (1), M González Ruiz (2), L Prieto Lastra (2), M Lara Torres (3), J Gutiérrez Sáinz (4), R López Sánchez (5), N Otero Cabanillas (6)

(1) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, (2) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, (3) Centro de Salud Camargo Interior. Muriedas, (4) MFYC, La Graciosa, Lanzarote, Las Palmas, (5) Mir. Centro de Salud General Dávila. Santander, (6) Mir. Centro de Salud Sardinero, Santan, Cantabria

Palabras Clave: radiology, shoulder pain, metastasis

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Introducción. Durante los últimos años estamos asistiendo a una revolución en la asistencia médica debido a la expansión de la utilización de la ecografía por multitud de profesionales. Su utilidad es incuestionable, pero no hay que olvidar el resto de exploraciones, y la radiología convencional tiene su utilidad y sus indicaciones y no debe ser reemplazada por la ecografía. Objetivos. Demostrar que una radiografía simple de hombro no puede ser obviada dentro del estudio de una omalgia. Paciente y métodos. Paciente de 65 años, fumador e hipertenso, que desde hace 15 días presenta dolor continuo en el hombro derecho. Niega antecedente traumático y describe intensidad progresiva y exacerbación con determinados movimientos así como limitación funcional para la abducción a 90 grados. Su MAP, tras valoración, decide pautar tratamiento analgésico, inmovilizar la articulación y solicitar una radiografía de hombro para iniciar el estudio, aunque el paciente finalmente no se la realiza. En su lugar, decide acudir a un fisioterapeuta y se realiza una ecografía de hombro donde se objetiva rotura parcial del tendón supraespinoso, y se atribuye a este hallazgo la clínica del paciente. Ante la persistencia del dolor, acude a urgencias donde se realiza una radiografía convencional de hombro en dos proyecciones. Resultados: En la radiografía se objetiva una lesión lítica de gran tamaño en la cabeza del húmero. Ante este hallazgo se complementa el estudio con una radiografía de tórax, descubriéndose una masa en LSD del pulmón.

Conclusiones:

La ecografía es una herramienta de incalculable valor, que afortunadamente cada vez tenemos más accesible en nuestro medio. Sin embargo, estos hechos, no implican que pueda sustituir otras pruebas que igualmente tienen gran valor diagnóstico, y que constituyen el inicio de un estudio para filiar patologías. Con dos radiografías simples se ha conseguido un diagnóstico de presunción con una probabilidad bastante alta de acierto, lo cual nos debe hacer reflexionar a cerca del orden de realización de las pruebas diagnósticas.

P-669

DISECCIÓN CORONARIA TRAUMÁTICA COMO MANIFESTACIÓN DE IAM

MI Correa Rosales, J Pacheco Sanjuan, A Garrido Rosado

Hospital Regional Universitario. Málaga

Palabras Clave: disección, coronaria, traumatismo

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer 43 años sin antecedentes médicos estando en su domicilio presenta dolor torácico centropresivo irradiado a brazo izquierdo acompañado de cortejo vegetativo intenso. En principio lo atribuye al tratamiento reciente con benzodiazepinas debido a esguince cervical secundario a accidente de tráfico sufrido 4 días previos con vuelco de su turismo y traumatismo sobre tórax con volante. Debido a la duración del cuadro avisa 061, a la llegada a domicilio se objetiva electrocardiograma con ascenso ST en cara inferior normalizándose tras administración de nitroglicerina y cediendo el dolor. Se mantiene normotensa, en críticos presenta ritmo idioventricular autolimitado con troponinas iniciales normales. Se mantiene en observación con sospecha de vasoespasmo coronario ya que había normalizado electrocardiograma. A las 6 horas troponinas 18.5 y CK-MB 32.3 permaneciendo asintomática. A las 8 horas del ingreso presenta nuevo cuadro de dolor torácico típico con elevación ST en territorio anteroinferior. Dado el antecedente traumático se solicita ANGIOTAC de Tórax sin hallazgos relevantes. Se contacta con cardiólogo hemodinamista y se procede a cateterismo cardiaco que objetiva descendente anterior amputada en tercio distal compatible con disección, decidiéndose tratamiento conservador. Ingres a 48 horas en UCI coronarias permaneciendo asintomática y pasó a planta durante 3 días más. Se trató de cara al alta con nitroglicerina, beta-bloqueantes y doble antiagregación.

Conclusiones:

Dentro de las etiologías no ateroscleróticas de infarto agudo del miocardio el secundario a trauma no penetrante de tórax es una entidad muy rara. La dificultad para realizar el diagnóstico se enmascara por el contexto traumático, se confunde con la clínica del traumatismo. La sospecha de este padecimiento es la base del manejo exitoso ya que el diagnóstico temprano permite iniciar el tratamiento correcto. También hay casos de disecciones espontáneas en pacientes con: displasias fibromuscular, Marfan, Ehler-Dahnlos, embarazadas o ingesta de anticonceptivos, intoxicación cocaína o iatrogenas (angioplastias, cateterismo). En el momento actual se recomienda tratamiento conservador ya que la mayoría de las disecciones cicatrizan espontáneamente. Se sugiere cirugía de revascularización miocárdica en disecciones de múltiples vasos, disecciones extensas con isquemia en curso o compromiso de tronco de la coronaria izquierda.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-671

EROGARÍA OCULAR, UNA HERRAMIENTA MÁS DEL MÉDICO DE URGENCIAS

F Rico Rodríguez (1), MC Soriano González (2), M Ruiz Ojeda (3), A López Sánchez (1), R Hidalgo Gil (4), E Piñero Flores (4), J Pedraza García (1)

(1) Hospital Comarcal Valle de Los Pedroches, (2) Médico Residente Familia. Área Sanitaria Norte Córdoba, (3) Médico de Dispositivo Móvil de Cuidados Críticos y Urgencias ASNC, (4) Médico de Familia. Residencia El Salvador, Área Sanitaria Norte. Córdoba

Palabras Clave: ocular ultrasonography, retinal detachment, emergencies

Ámbito del caso:
Extrahospitalaria

Historia clínica:

Paciente varón de 43 años que consulta en el servicio de urgencias tras sufrir un traumatismo cerrado en el ojo izquierdo, por impacto de una pelota de golf, inicialmente manifiesta visión borrosa seguida de una pérdida importante de agudeza visual, refiere ver una ?mancha amarillenta? central. En la exploración presenta una agudeza visual muy baja: con el ojo izquierdo ve bultos a 2 m. El examen de los reflejos pupilares muestra un reflejo directo pupilar aferente leve en ojo derecho con reflejo fotomotor directo conservado en ambos. La motilidad extraocular no está afectada. Tensión arterial 138/79 mmHg, frecuencia cardíaca 64 lpm, afebril. Se realiza una ecografía por médico de urgencias en el ojo izquierdo que demuestra membrana ondulante compatible con desprendimiento de retina. Como diagnóstico diferencial debemos plantearnos una conmoción retiniana, hemorragia vítrea, hemorragia retiniana, desprendimiento de vítreo posterior, hiphema, luxación/subluxación de cristalino. El paciente fue intervenido de urgencia con evolución favorable.

Conclusiones:

El uso de la ecografía en el servicio de urgencias se ha ampliado considerablemente en los últimos años, lo que permite mejorar la evaluación del paciente con patología ocular urgente. La técnica es simple y rápida de realizar, puede proporcionar información clínica que puede no ser fácil de obtener a través del examen físico. El desprendimiento de retina puede ser difícil de detectar en el examen físico, especialmente cuando el desprendimiento es pequeño. Un desprendimiento de retina será visto como una membrana ondulante hiperecoica en la zona posterolateral. La ecografía de urgencias proporciona una herramienta rápida, precisa, bien tolerada y no invasiva para la evaluación de las procesos oculares potencialmente peligrosos. El uso de la ecografía puede acelerar el diagnóstico y tratamiento de varias emergencias oculares, incluyendo la perforación del globo, hematoma retrobulbar, desprendimiento de retina, subluxación del cristalino, hemorragia vítrea, y el cuerpo extraño intraocular. Se utiliza un método transpalpebral con el paciente en

decúbito supino (más frecuente) o en sedestación, con el ojo cerrado. Se coloca la sonda sobre el párpado, aplicando abundante gel. Se requiere una sonda lineal de alta frecuencia. Se debe realizar el estudio completo del globo ocular.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-672

¡MENUDO ESFUERZO!

L Hernández de Francisco, RM Santiago Gómez, JG Lara Lara

Complejo Asistencial de Ávila

Palabras clave: angiosarcoma, lesiones cardíacas, lumbalgia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 50 años de edad, con los antecedentes de Fibrilación auricular paroxística, Tromboembolismo pulmonar bilateral hace 1 año con derrame pericárdico moderado, acude a Urgencias por presentar desde hace 3-4 semanas un dolor lumbar irradiado a hipocostrio derecho, tras la realización de esfuerzos, y en los últimos 4 días se asocia dolor en hemitórax izquierdo que aumenta con la respiración. No otra sintomatología. A la exploración física, sólo destaca una contractura muscular paravertebral lumbar derecha. Analítica: Hemoglobina: 12,5.VCM: 89. LDH: 355. Dímero D: 5240. Radiografía tórax: Cardiomegalia con aumento de densidad paracardiaca derecha. TAC TORÁCICO: Derrame pericárdico masivo. Lesión paracardiaca y/o pericárdica derecha que sugiere la posibilidad de angiosarcoma y lesión lítica vertebral de probable etiología neoplásica. Se ingresa al paciente, confirmando el diagnóstico e iniciando tratamiento quimioterápico.

Conclusiones:

Los tumores cardíacos primarios presentan una incidencia muy baja, siendo la mayoría benignos. De los malignos, destacamos el angiosarcoma. Más frecuente que los primarios son las metástasis de otros tumores a nivel cardíaco como melanoma, mama y pulmón. La presentación clínica del angiosarcoma es inespecífica y variable, ya que depende de la invasión local, pudiendo encontrar derrame pericárdico, arritmias, disnea. Debemos sospechar su presencia cuando tenemos clínica cardíaca con lesiones paracardiacas sin otra causa que lo justifique.

P-674

CUANDO EL R.I.V.A NO ES LO QUE PARECE

M Lozano Espinosa, A Hernández Molina, E Quero Motto, R Rojas Luan, A Cantero Sandoval, ML Tornel Martínez, V Asensio Villanueva

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Palabras clave: arritmias cardíaca, dolor en el pecho, electrocardiograma

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 65 años que acude a nuestra puerta de Urgencias por palpitaciones. La paciente refiere episodios de palpitaciones de corta duración durante un periodo de 30 minutos. Describe las palpitaciones como latidos fuertes, no rápidos, con sensación de angustia y mareo. No síncope. No presenta antecedentes personales de interés. No patología cardíaca. En la exploración física presentaba RA de 119/84 FC 60 l/m FR 16 Auscultación cardíaca: normal Auscultación pulmonar: normal. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación sin masas ni reglías. No edemas en miembros inferiores. El electrocardiograma mostraba ritmo sinusal a 60 lpm, con PR normal y QRS estrecho. En ECG con palpitaciones se observaba ritmo idioventricular acelerado (R.I.V.A) a 75 l/m con morfología de BCRDIHH con transición muy tardía (en V6) sin actividad auricular visible antes de cada QRS y muesca tras éste que podría corresponder a p retrograda. Se realizó analítica de sangre no mostrando hallazgos significativos y enzimas cardíacas normales. Ecocardiograma: sin valvulopatías con FEVI normal. En Urgencias se administró 20 mg de propanolol que produjo enlentecimiento del ritmo sinusal haciendo más persistente el R.I.V.A. Con el diagnóstico de R.I.V.A. sintomático se ingresó a la paciente en Cardiología para estudio. Durante su ingreso se realizó de nuevo otra ecocardiografía, reglada, siendo ésta rigurosamente normal. Se decidió probar un segundo antiarrítmico (flecainida) con buena evolución y sin aparecer nuevas arritmias. Fue dada de alta con el diagnóstico de R.I.V.A. Ausencia de cardiopatía estructural significativa.

Conclusiones:

El R.I.V.A es una arritmia asociado a cardiopatía estructural o secundario a perfusión cardíaca tras IAM. Sin embargo y, aunque menos frecuentemente, a veces se puede observar en personas sanas tal y como presentamos en este caso clínico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-675

CONFUSIÓN EN EL DIAGNÓSTICO

**R D C, A García Peris, P Sánchez López, I Atienza Garrido,
D Alva Tellez, E Montoya Carrillo, E Pascual Pastor**

Hospital de Manises. Valencia

Palabras clave: cervicalgia, odinofagia, cardiopatía isquémica

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Sospecha clínica y diagnóstica de presunción en Urgencias Hospitalarias. Caso multidisciplinar. Introducción: Se expone un caso clínico donde se trata a un paciente con FRCV con sintomatología atípica, a pesar de no ser diabético. En pacientes mal cumplidores del tratamiento y con mal control de los factores cardiovascular nos deberíamos plantear patología coronaria aguda. Objetivo: Identificar un SCA de forma precoz, para así poder dar un buen abordaje diagnóstico y terapéutico del mismo. MATERIAL Y MÉTODO: Motivo de Consulta: Se trata de un hombre de 58 años quien acude a urgencias por cervicalgia y odinofagia que describe de 2 meses de evolución, intermitente. Desde entonces episodio autolimitados de minutos de duración sin disnea ni dolor torácico y que no los relaciona con el esfuerzo físico ni con el reposo. No cuenta Disnea paroxística nocturna ni disminución de diuresis. No edemas de miembros inferiores, no síncope. Antecedentes: No alergias medicamentosas conocidas Sobrepeso Hipertensión Hipertrofia de lípidos HTA Fumador de 40 cig día. Mal control de los FRCV, con abandono del fenofibrato. Anamnesis: Refiere cervicalgia no traumática de 2 meses de evolución que no asocia a los movimientos cefálicos. Intermitente alguna vez de mayor intensidad de menos de un minuto de evolución. Odinofagia asociada en las últimas 3 semanas que en alguna ocasión presenta disfagia para sólidos y líquidos. Episodios recurrentes cada 4-5 días. No tos ni expectoración, no fiebre, no disnea, no dolor torácico ni otra clínica referida. Exploración: TA: 145/85 mmHG, FC 85 lpm, Sat O2 95%. Cabeza y cuello: no masas ni adenopatías palpables, pulsos carotídeos presentes, no bocio, no iy. No disfagia. No puntos óseos dolorosos. Dolor de musculatura laterocervical izquierda. ORL: Faringe normal sin hipertrofia ni exudado. AC: Ruidos rítmicos sin soplos. AP: MVC con algún roncus aislado. ABD: Blando, depresible, no dolor a la palpación, no masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal, RHA +. MMII: no edemas, no signos de TVP. NRL: no rigidez de nuca, no signos meníngeos. No focalidad neurológica. TRAS LA EXPLORACIÓN, inicia con sudoración profusa y dolor cervical de predominio en región latero cervical izquierda. Se decide realizar pruebas complementarias entre ellas la primera: ECG. ECG: Ritmo sinusal, a 65 lpm, eje izquierdo. Ascenso del ST en cara inferior. Resto de exploración complementaria: Hematimetría, Biomarcadores cardíacos, coagulación. Radiografía de Tórax. Se activa el Código Infarto. UCI-Hemodinámica. Monitorización, Antiagregación, Morfina. Juicio clínico: SCACEST Tratamiento y Evolución: Coro-

nariografía: Enfermedad de 2 vasos, oclusión trombótica de ACD proximal. Lesión focal de 70% en OM. ACTP con implante de 2 stent farmacoactivos.

Conclusiones:

IAMCEST Inferior con implante de 2 stent farmacoactivos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-676

¿MARCAPASOS TRAS UN PROCESO CATARRAL? UN HALLAZGO INESPERADO EN URGENCIAS

MN López Laguna (1), O Oger (2), A Hernández Hernández (3),
C Ondarra Erdocia (3), MA Insausti Lorduy (3), M Sada Ruiz (3),
I Alonso Segurado (3)

(1) Urgencias HGO, (2) Urgencias HGO, (3) Cardiología Clínica.
Universidad de Navarra

Palabras clave: fiebre, bloqueo, miopatía

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 45 años, fumador de 10-20 cigarrillos/día, con AP de cirugía de cataratas a los 40 años y asma bronquial. AF: muerte súbita de un abuelo y tío paterno antes de los 60 años. Acude a Urgencias por fiebre de unos 6 días de evolución, asociada a hiporexia, mialgias y astenia. Las últimas 24 horas cuadro exantemático y prurito. No relaciones sexuales de riesgo. No recuerda picaduras EF: Ptosis leve. Roncus dispersos. Resto anodino AS: Leve leucocitosis y aumento CPK RX TORAX: Sin alteraciones significativas ECG: BAV de 3º grado DIAGNÓSTICO: Infección respiratoria. BAV 3º grado Ingresa para monitorización, tratamiento y colocación de marcapasos Se deriva a Neurología para estudio. Se realiza estudio genético y se detecta Enfermedad de Steinert

Conclusiones:

La enfermedad de Steinert se caracteriza por ser una afectación multisistémica, que se manifiesta preferentemente en el músculo esquelético, siendo la característica clínica más relevante la debilidad muscular progresiva, la miotonía y la atrofia muscular. En ocasiones las primeras manifestaciones no son musculares lo que conlleva un retraso en el diagnóstico La afectación cardiaca es debida a una fibrosis progresiva de las vías de conducción y se manifiesta en forma de arritmias. En pacientes afectados de esta enfermedad, hay mayor riesgo de muerte súbita incluso en estadios precoces.

P-677

ALTERACIÓN EN LA CONDUCCIÓN DEL RITMO EN UN CASO DE DISECCIÓN DE AORTA

M Martínez Ramírez (1), A Navarro Carrillo (1), J Monedero
La Orden (2), I Ponce García (3), A Murillo Romero (1),
R Pastor Toledo (1), G Fuentes Rodríguez (1)

(1) Hospital General de Villarrobledo, (2) Hospital General de
Almansa, (3) Centro de Salud de Alcazoto. Albacete

Palabras clave: bloqueo atrioventricular, disección, aorta

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 84 años que refiere dolor súbito en miembro superior izquierdo con imposibilidad para movilizarlo y frialdad. De forma paralela y fugaz opresión centrotorácica. A destacar en sus antecedentes personales hipertensión, obesidad, síndrome coronario agudo sin elevación de ST, IAM no Q, con coronarias sin lesiones significativas, en eco-cardio destaca insuficiencia aórtica moderada. En tratamiento con mononitrato isosorbida, lercadipino, atorvastatina, clopidogrel, ácido acetilsalicílico y propranolol. Exploración física: TA: 90/50, P: 38, Sat O2 VMK al 35% 96%, Afebril. Taquipneica afectada por dolor referido en miembro superior izquierdo. ACP: bradicárdica con soplo en foco aórtico. MCV. ABD: Blando y depresible no masas palpables. MMSS: Frialdad miembro superior izquierdo. Ausencia de pulso radial izq. MMII: Se palpan pulsos periféricos. Sin focalidad neurológica. Exploraciones Complementarias: ECG: Bloqueo AV tercer grado con frecuencia ventricular a 30 lpm. TAC toraco-abdomino-pélvica con contraste: Disección de aorta tipo A de la clasificación de Stanford con implicación de válvula aórtica. Diagnóstico Diferencial de Urgencias: Síndrome Aórtico Agudo, Isquemia arterial Aguda. Síndrome Coronario Agudo. Bloqueo AV de 3º grado. Diagnóstico Final: Síndrome Aórtico Agudo. Disección de aorta tipo A de la clasificación de Stanford. Bloqueo AV de 3º grado. Evolución: Se procede a la administración de atropina tras la que se restaura el ritmo sinusal, sin necesidad de marcapasos. Se consulta con cardiología que considera resuelto el problema del ritmo, y con cirugía vascular que recomienda traslado.

Conclusiones:

Con este caso pretendemos destacar la variabilidad clínica de presentación de esta entidad y en especial la electrocardiográfica, más concretamente el debut con bloqueo AV. El diagnóstico precoz de esta enfermedad es fundamental para mejorar la supervivencia, siendo necesario plantearla como diagnóstico diferencial ante un dolor torácico de instauración brusca y alteraciones en la conducción del ritmo.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-678

DE BANAL A URGENTE: CUANDO LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX ES CLAVE

J Sánchez-Prieto Castillo, MA Sastre Perona, F Sabatel Pérez, S Giacomani, M Flores, MJ Palomo

Complejo Hospitalario de Toledo

Palabras clave: síncope, cardiomegalia, taponamiento cardiaco

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: Se expone un caso de taponamiento cardíaco en un paciente diagnosticado de adenocarcinoma pulmonar, que acude por síncope de características ortostáticas. **OBJETIVO:** Correcto diagnóstico diferencial de síncope ortostático según historia clínica, signos vitales, exploración física y pruebas complementarias. **MATERIAL:** Paciente de 67 años con antecedentes de hipertensión arterial y adenocarcinoma de pulmón estadio IV (afectación ósea) en tratamiento quimioterápico. Acude a urgencias por malestar general de una semana de evolución, mareo, tipo inestabilidad y opresión torácica intermitente irradiada a hombro sin cortejo vegetativo asociado. Refiere además, dos episodios en los últimos 3 días de síncope de dos minutos de duración de características ortostáticas (al levantarse de la cama y tras la micción). Se objetiva PA 100/60mmHg y FC 100lpm. No taquipnea. Destaca una mínima elevación de la presión venosa yugular, sin edemas en miembros inferiores, tonos cardiacos apagados y murmullo vesicular conservado en ambos hemitórax. El electrocardiograma muestra taquicardia sinusal sin alteraciones de la repolarización y en pruebas complementarias se objetiva elevación de reactantes de fase aguda y cardiomegalia llamativa en radiografía de tórax, no objetivada en estudios previos, por lo que se solicita ecocardiografía urgente. **MÉTODO:** Diagnóstico diferencial de síncope ortostático. Evaluación de signos vitales que objetiven inestabilidad hemodinámica y las pruebas complementarias. **RESULTADOS:** Se realizó ecocardiografía urgente que objetivó derrame pericárdico muy severo circunferencial con diámetro mayor de 40 milímetros y colapso de cavidades derechas, compatible con taponamiento cardíaco. Se realizó pericardiocentesis vía subxifoidea urgente de la que se obtuvo líquido hemático, con citología positiva para células malignas. Diagnóstico: Taponamiento cardíaco de origen neoplásico.

Conclusiones:

Los pacientes oncológicos pueden presentar cierta inestabilidad hemodinámica, que la gran mayoría de las veces no nos hacen sospechar que trate de una situación muy grave, por lo que las pruebas complementarias juegan un papel clave para ser correctamente identificados de forma rápida. El correcto diagnóstico y manejo terapéutico en urgencias es clave en el pronóstico y la supervivencia a corto-medio plazo.

P-679

SÍNDROME DE WOLFF PARKINSON WHITE

D Guzmán Rosario (1), F Manjarres Henríquez (1), G Díaz Polanco (2), G Acosta Vargas (1), C Reche Caballero (1), R Navarro Suay (1), J Rossiñol Ruiz (1)

(1) Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, (2) Hospital Universitario de Móstoles. Madrid

Palabras clave: cardiología, cardiovascular drugs and therapy, muerte súbita

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 15 años de edad que es traído al Servicio de Urgencias del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla en parada cardiorrespiratoria, según relata familiar (Madre) en el día anterior su hijo (paciente) estuvo realizando su vida habitual, regresa a casa después de haber estado jugando al fútbol, cena y se acuesta, a las 4:30 horas aprox. escucha golpes en la habitación donde duerme su hijo, se persona en la habitación y encuentra al paciente de rodillas en la cama y sujetándose la cabeza, presentando epistaxis e iniciando posteriormente con movimientos anómalos de miembros superiores, sin relajación de esfínteres, sin pérdida de conocimiento, inmediatamente lo trae por sus medios al hospital. A su llegada a nuestro centro se traslada al box de crítico, se monitoriza encontrando estado de asistolia y parada respiratoria, mal perfundido, con frialdad acral, pupilas midriáticas y arreactivas, sin pulso carotídeo, se colocan dos accesos venosos periféricos se inician maniobras de RCP avanzada, se le aísla la vía aérea con intubación endotraqueal, se le administran drogas (4 amp. adrenalina iv, 150 mg de amiodarona iv, 1 amp. Atropina, bicarbonato 1/6 molar, 1 amp. Naloxona, 1 amp. Anexate) y aplicación de 4 descargas de 300 J con desfibrilador, comienza tras ritmo fibrilatorio ventricular, con ritmo sinusal, y presencia de pulsos centrales con pupilas isocóricas y roncus dispersos en la auscultación. En analítica presenta acidosis respiratoria, drogas negativas, sin otros hallazgos de interés. Pasa a cargo de la Unidad de Medicina Intensiva. A su ingreso en UCI se inicia hipotermia inducida durante 24 horas. Se realizan pruebas complementarias evidenciando en ECG PR corto y onda Delta, dando así con el diagnóstico. A las 48 horas de su ingreso se suspende la sedo analgesia y relajación muscular sin incidencias ni signos de focalidad neurológica. Se realiza ablación en Hospital Clínico San Carlos con radiofrecuencia de vía accesoria de pared libre izquierda que resulta efectiva. Durante su estancia en planta de Cardiología permanece asintomático.

Conclusiones:

Muerte súbita recuperada por FV recuperada sin secuelas síndrome de Wolf-Parkinson White intermitente con ablación vía accesoria de pared libre izquierda que resulta efectiva.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-680

ENFERMEDAD DE GITLELMAN. A PROPÓSITO DE UN CASO

I Campos Caubet, R González Peredo, A García-Lago Sierra, E Crespo Hualde, I Incera Alvear, F Fernández Díaz

Hospital Sierrallana. Torrelavega, Cantabria

Palabras clave: Gitelman, signo de Trousseau, hipomagnesemia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 25 años diagnosticada de enfermedad de Gitelman hace 6 años. Sin tratamiento y asintomática habitualmente. En el contexto de síndrome febril secundario a catarro de vías altas, la paciente comienza unas horas antes de acudir al Hospital con parestesias en ambas manos. Las constantes eran normales así como la exploración general, Signo de Trousseau positivo a los 3 minutos. En las pruebas complementarias el pH venoso fue normal. Hemograma: 14.400 leucocitos con fórmula normal. Hb Calcio: 8. Sodio: 139. Potasio: 2,7. La paciente fue tratada con dosis elevadas de magnesio y potasio con buena evolución clínica. El día del ingreso presento fiebre de 38°C bien tolerada, por lo que se realizan hemocultivos y urocultivo y se inicio tratamiento antibiótico. Fue dada de alta con el diagnóstico de Síndrome de Gitelman, con hipopotasemia resuelta y síndrome febril de etiología incierta. Al alta se pautó tratamiento con Boi-K aspártico y Magnesio Boi.

Conclusiones:

El Signo de Trousseau consiste en la compresión mecánica de la arteria braquial con el brazalete del tensiómetro, unos milímetros de mercurio por encima de la cifra de presión sistólica en el brazo, que genera en toda la extremidad cambios isquémicos que incrementa la sensibilidad de los músculos a la hipocalcemia generando espasmo carpopedal: flexión de la muñeca y de las articulaciones metacarpo-falángicas, hiperextensión de los dedos y la flexión del dedo pulgar sobre la palma de la mano. En adición el paciente refiere parestesias en los dedos, fasciculaciones, sensación incontrolable de que 'los dedos se van a torcer' y calambres. Sirve para detectar la tetania hipocalcémica. Se observa también en hipomagnesemia. El diagnóstico diferencial debe hacerse por determinación de laboratorio. Como mecanismo fisiopatológico se dice que la isquemia provocada por la maniobra aumenta la excitabilidad nerviosa, produciendo los cambios descritos. El síndrome de Gitelman es una tubulopatía de herencia autosómica recesiva que cursa con alcalosis metabólica con normotensión, hipopotasemia, así como hipomagnesemia e hipocalciuria Su diagnóstico puede demorarse hasta la edad adulta ya que los pacientes pueden mantenerse asintomáticos. El tratamiento consiste en suplementos orales de potasio y magnesio, así como diuréticos ahorradores de potasio e indometacina en casos resistentes.

P-682

TAQUICARDIA VENTRICULAR POLIMORFA EN PACIENTE CON QT ALARGADO Y FACIES DISMÓRFICA

C Sáiz Pérez, P Corro Madrazo, L Alonso Vega, X Piris García, N Martín Ramos

Hospital Comarcal de Laredo. Cantabria

Palabras clave: síndrome del QT largo, torsade de pointes, arritmias

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 15 años, mujer, con antecedentes de retraso mental leve, agenesia del cuerpo calloso e historia de síncope estudiada en su infancia sin resultados concluyentes. Antecedentes familiares de fallecimiento de un hermano por muerte súbita. Llega al servicio de urgencias con un cuadro de mareo de repetición sin pérdida de conciencia y con cortejo vegetativo previo. Ha tenido episodios previos de características similares, nunca con tanta frecuencia e intensidad. No hay claro desencadenante. Exploración física anodina, constantes estables. ECG: taquicardia sinusal a unos 120 latidos por minuto con segmento QT alargado ligeramente (QT 0.44, QTc 0.46) y presencia de frecuentes CVPs. A los pocos minutos de su llegada comienza a presentar episodios repetidos de taquicardia polimorfa en 'torsades de pointes' sostenida que tratamos empíricamente con sulfato de magnesio, amiodarona y cardioversión eléctrica. Trasladada a nuestro hospital de referencia, donde requiere choque eléctrico tras degenerar en FV y asistolia. Finalmente se consigue yugular el episodio con sedación y medicación betabloqueante. Se descartaron alteraciones iónicas del potasio, calcio y magnesio. El ETT no desveló alteraciones estructurales. Se decidió implantación de DAI monocameral asociado a medicación betabloqueante y antiarrítmica (flecainida).

Conclusiones:

Nos encontramos ante un caso de taquicardia polimorfa asociado a alargamiento del segmento QT y otras alteraciones (retraso mental, facies dismórfica con hipertelorismo e implantación auricular baja, agenesia del cuerpo calloso, baja estatura) que nos plantea un diagnóstico diferencial complejo. Una opción es la taquicardia catecolaminérgica polimorfa, que cursa con QT normal y se desencadena con stress psíquico o físico (recordemos que nuestra paciente mejoró con sedación), aunque la arritmia típica es la TV alternante. La segunda opción sería el LQTS, en concreto con LQTS tipo 7 (Síndrome de Andersen-Tawil) con el que comparte algunas de las características dismórficas y, sobre todo, eléctricas (CVPs, QT ligeramente alargado, TV helicoidal) además de la historia de muerte súbita familiar. Desafortunadamente, el estudio genético resultó inconclusivo.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-683

UN DOLOR ABDOMINAL DIFERENTE A LOS DEMÁS

A Murcia Olagüenaga (1), M Rodríguez Rodríguez (2), JA Suárez Fernández (3), A Delmiro Magdalena (3), C Elvira Menéndez (1), A Marmesat Montes (3)

(1) Centro de Salud Calzada II, (2) Centro de Salud El Coto, (3) Centro de Salud El Llano. Gijón

Palabras clave: aorta, aneurisma, síncope

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Motivo de consulta: Dolor abdominal y síncope. Antecedentes personales: Alergia a Metamizol. Fumadora. Fibrilación auricular. Fibromialgia. Síndrome depresivo. ACV hemisférico derecho. Úlcera aórtica con hematoma intramural desde aorta ascendente hasta arterias renales (manejo médico por alto riesgo quirúrgico). Intervenciones: Valvuloplastia mitral. Tratamiento: Enoxaparina, bisoprolol, digoxina, doxazosina, gabapentina, clometiazol. Anamnesis: Paciente de 65 años atendida en este servicio de urgencias hace unas horas por dolor cólico mesogástrico y náuseas, sin objetivarse patología aguda, siendo dada de alta con analgesia. Acude nuevamente por tres episodios sincopales con recuperación completa, sin cortejo vegetativo, dolor torácico ni disnea. Además refiere dolor lumbar tras contusión en episodio sincopal. Exploración: TA:168/81, SatO₂:97%, FC:70lpm. Regular estado general, eupneica. Auscultación cardiopulmonar:arrítmica sin soplos, murmullo vesicular conservado. Abdomen: molesto a la palpación, sensación de ocupación en vacío y fosa iliaca derechas. Resto normal. Columna dorsolumbar: dolor a palpación de apófisis espinosas lumbares. EELL: normales. Pruebas complementarias: ECG: Fibrilación auricular a 80lpm, HVI. Analítica: Hemograma, bioquímica con PFH, elemental y sedimento de orina normales, troponina 0.00, D-dímero > 5000. Radiografía lumbosacra: pinzamiento L1-L2. Radiografía torácica y abdominal: normales. AngioTAC pulmonar: no se objetiva TEP. Dilatación 4.3 cm aorta (conocida). TAC-abdominal: úlcera aórtica con signos de inestabilidad. Área hipodensa en polo inferior de riñón derecho compatible con infarto renal agudo. Continúa apreciándose el hematoma de pared desde cayado aórtico hasta inicio de aorta abdominal, sin cambios. ECO-VSCAN: FEV normal, AI dilatada, IM moderada, cava inferior dilatada. Evolución: Durante su estancia en Urgencias presenta empeoramiento clínico progresivo, con dolor abdominal pese a analgésicos. Se solicita valoración por Urología, Cardiología y C. Vascular ante los hallazgos en las pruebas complementarias, decidiéndose derivación a hospital de referencia, donde ingresa en UCI. En días sucesivos presenta isquemia aguda MID, realizándose trombectomía urgente. Posteriormente afasia y paresia izquierda, con TAC craneal compatible con nuevo embolismo. El mismo día, presenta nueva isquemia aguda en MII. Se realiza ECO cardio cuyos hallazgos justifican el origen cardiológico de sus episodios embólicos de repetición, siendo finalmente exitus a las 72h.

Impresión diagnóstica: Aneurisma aórtico con ulceración aórtica inestable, infarto renal, múltiples embolismos de origen cardíaco.

Conclusiones:

Es importante una buena anamnesis, incluyendo antecedentes personales, así como una exploración física meticulosa y reiterada en el tiempo en aquellos pacientes cuya evolución clínica no es la esperable. El infarto renal tiene una alta variabilidad clínica, es generalmente una patología infradiagnosticada. Debemos sospecharla en pacientes con dolor lumbar cólico y factores de riesgo para tromboembolismo, principalmente hipertensión arterial y fibrilación auricular.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-685

CAUSA POCO FRECUENTE DE SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR

A Santamaría Marín, C Monroy Gómez, P Lupiáñez Seoane, M Calvo García, A Machado Reyes, MJ Blanco de La Rubí

Hospital General Universitario de Ciudad Real

Palabras clave: síndrome de vena cava superior, bocio intratorácico, masa mediastínica

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Varón de 60 años con antecedentes de hipertensión arterial y obesidad que acudió a urgencias por aumento progresivo del volumen del cuello en los últimos meses y disnea de medianos esfuerzos, sin otra sintomatología acompañante. En la exploración física destacaba saturación de oxígeno 94% y aumento de volumen en la región cervical con presencia de circulación colateral. En la analítica realizada no se objetivaron alteraciones. La radiografía de tórax mostraba un ensanchamiento del mediastino superior y medio, sin otros hallazgos. Se realizó TAC torácico que evidenció gran masa cervical de aproximadamente 15 x 12 cm, que se introducía en el mediastino anterior y provocaba estenosis de la luz traqueal, compresión de la vena cava superior y de la vena innominada, condicionando marcada circulación colateral y presencia de múltiples varices en hemitórax derecho. Todo ello era sugestivo de un gran bocio endotorácico (BE) y síndrome de vena cava superior (SVCS) secundario. El paciente fue intervenido mediante cervicosternotomía, realizando exéresis de tumoración tiroidea no infiltrante. La anatomía patológica fue compatible con hiperplasia tiroidea nodular múltiple, sin evidencia de malignidad. El postoperatorio fue favorable.

Conclusiones:

El SVCS es el conjunto de signos y síntomas derivados de la obstrucción parcial o total de la vena cava superior, tanto por compresión extrínseca como intrínseca. Los tumores malignos constituyen la principal causa, siendo el cáncer de pulmón el más frecuente. La etiología benigna es poco común, suponiendo sólo un 15% de los casos. El BE es una causa poco frecuente pero a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de este síndrome. El curso clínico es lento. El paciente suele estar asintomático hasta que el BE comprime la tráquea, el esófago y las estructuras vasculares. Los síntomas más frecuentes son la disnea y la congestión facial. En la exploración física destaca edema cervicofacial y en hemitórax superior, distensión de las venas del cuello y circulación colateral en el tórax. La radiografía de tórax ayuda al diagnóstico, aunque la técnica de imagen de elección es la TAC torácica con contraste intravenoso que evalúa la anatomía del mediastino y las estructuras vasculares. El tratamiento de elección es la tiroidectomía.

P-687

UNA GASTROENTERITIS PARTICULARMENTE GRAVE

MI Perea Casado, E Gutiérrez Madrid, MJ Cardeñosa Cortés, V Rodríguez Neira, C Clemente Callejo, D Chaparro Pardo

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Palabras clave: fibrilación auricular, infarto renal, trombosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente varón de 78 años cdiabético y dislipémico. Acude al servicio de urgencias por cuadro de 4 días de evolución de deposiciones blandas, náuseas y vómitos. Comienza 14 horas antes con dolor en piso abdominal inferior. Presenta oliguria de 24 horas de evolución. La exploración física era normal. Analítica: destacaban LDH 2017, PCR 2,75mg/dl, creatinina 1,29mg/dl, y bacteriuria. Los demás parámetros eran normales. ECG presenta ritmo sinusal sin alteraciones. RX de abdomen: Sin signos de obstrucción intestinal. Se pensó en posible GEA e infección de orina pero dado la LDH (posible isquemia intestinal) y la evolución se dejó en observación con dieta absoluta, sueroterapia y antibioterapia. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Y EVOLUCIÓN: Horas después, el paciente presenta palpitaciones y aumento de LDH. La ecografía abdominal y TAC con contraste objetivaron infarto renal izquierdo y trombo en arteria renal izquierda. Además presenta FA no conocida previamente. Por el tiempo de evolución se desestimó tratamiento intervencionista. Se solicitó ingreso en medicina interna y se continuó estudio con ecocardiograma y holter: Se objetiva FA, Dilatación leve del ventrículo izquierdo con hipocinesia y disfunción sistólica moderada. Derrame pericárdico leve. Al día siguiente paciente comenzó con disnea de bajos esfuerzos y ortopnea. Presentaba edemas en miembros inferiores hasta región sacra con fovea. En BMT glucemia de 400. Saturación 90% con O2, y datos analíticos y radiológicos compatibles con edema agudo de pulmón por lo que fue ingresado en UCI. DIAGNOSTICOS: Infarto renal origen cardioembólico. FA paroxística. Edemas agudo de pulmón. Cardiopatía isquémica con disfunción sistólica severa e insuficiencia mitral.

Conclusiones:

Como se observa, el tiempo es clave. Importante para el urgenciólogo tener en cuenta ciertos aspectos: FA, oliguria, elevación de LDH, creatinina. Se puede encontrar también alteración de urianálisis y leucocitosis junto a otros parámetros que pueden confundir. El urgenciólogo debe saber que ésta patología, aun siendo rara (0,007%) existe y que puede evolucionar de forma grave. Las causas más frecuentes son: FA y patología de arteria renal. Está infradiagnosticada ya que su presentación puede confundirse con patologías más comunes como nefrolitiasis o pielonefritis, incluso gastroenteritis, teniendo ésta, sin embargo mucha peor evolución.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-688

**MOTIVO DE CONSULTA: DOLOR DE EXTREMIDAD.
DIAGNÓSTICO FINAL: DEBUT DIABÉTICO**

**P Hernández Martínez, A González-Díaz Faes, L Belmar Vega,
E Cobo García, P Garmilla Ezquerra, M Vieitez Santiago**

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras clave: diabetes mellitus, debut, ketosis

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Varón de 17 años que acude a las consultas de Urgencias por dolor en la mano derecha. El paciente refiere dolor generalizado en la mano derecha y sensación de hinchazón de dos días de evolución. A la exploración el paciente muestra una actitud desafiante, poco colaborador con tendencia al sueño y con replicas a los comentarios de la madre. Al interrogar a la madre, comenta que desde hace un par de meses nota alteración de la conducta consistente en episodios de distracción, tendencia al sueño, mal humor, desorden alimentario con pérdida de peso y alteración del ritmo sueño vigilia. A la exploración el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, con complexión ectomórfica, auscultación cardiopulmonar rítmica sin soplos y con murmullo vesicular conservado, abdomen y extremidades sin hallazgos relevantes, la mano que le duele no tiene datos de inflamación y su movilidad está conservada además de no tener dolor a la movilización pasiva. A nivel neurológico no tiene ningún tipo de focalidad. Ante la sospecha de alteración orgánica a nivel endocrinológico se solicitó un hemograma, una bioquímica y una gasometría venosa que reveló una glucosa 600 mg/dL, función renal conservada, iones en rango, pruebas de función hepática y amilasa normales, HbA1c 18,9%, hemograma sin alteraciones. A nivel gasométrico muestra un pH 7,13, HCO₃ 10,9 mmol/L. Tras los hallazgos descritos y el diagnóstico de debut diabético se decidió ingreso hospitalario para continuar con el estudio y ajuste de tratamiento. Requirió de tratamiento inicial endovenoso con hidratación e insulinización corrigiéndose la acidosis. Posteriormente se inició insulinización subcutánea con buen control glucémico y buena adherencia al tratamiento tras sesiones de educación diabetológica.

Conclusiones:

Se presenta el caso para incidir en la importancia de una buena anamnesis y diagnóstico diferencial en el servicio de Urgencias, y que en ocasiones el problema que inicialmente parece banal puede esconder una importante patología.

P-690

'LA QUE HAS LIAO POLLITO'

**L Pérez Ordoño, E Muro Fernández de Pinedo, J Vila Santos,
AP García Marín, A Sánchez Morla, LT Vázquez Rodríguez,
ML Castro Arias**

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Palabras clave: neumonía, Chlamydia, insuficiencia respiratoria

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

PACIENTE N°1. Varón de 22 años que acude por cuadro de una semana de fiebre elevada, tos escasamente productiva y mialgias. A su llegada presenta una TA 115/80 mmHg, taquicardia a 120 lpm, fiebre de 40°C y taquipnea a 40 rpm con trabajo respiratorio. Presentaba leucocitos de 9000 con un 86.7% de neutrófilos, una PCR de 58.26 mg/dL, PCT de 0.79 ng/mL y una actividad de protrombina del 55%. La gasometría demostró una oxemia de 52 mmHg y en la radiografía de tórax se apreciaba un infiltrado alveolar bilobar derecho y en lóbulo superior izquierdo. Ingresó en UCI, con adecuada evolución con oxigenoterapia a alto flujo sin ventilación mecánica ni drogas vasoactivas. Recibió tratamiento antibiótico con ceftriaxona y doxiciclina. PACIENTE N°2. Mujer de 52 años que consulta por cuadro de 7 días de fiebre elevada, tos con expectoración mucosa. A su llegada se encontraba estable hemodinámicamente con una saturación de oxígeno del 97% al aire ambiente sin trabajo respiratorio. No presentaba leucocitosis, la PCR era de 38.67 mg/dL y la PCT de 29.66 ng/mL, con una actividad de protrombina del 73%. La radiografía de tórax confirmaba un infiltrado alveolar bilobar derecho. Requirió ingreso en planta de hospitalización convencional con buena evolución tras tratamiento con ceftriaxona y azitromicina. PACIENTE N°3. Varón de 47 años con necesidad de ingreso en UCI por cuadro de neumonía en lóbulo inferior derecho con insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica e inestabilidad hemodinámica con necesidad de soporte hemodinámico. Los pacientes 1 y 2 son hijo y madre, no teniendo parentesco con los anteriores el paciente número 3. La paciente N°2 regenta una pajarería y había adquirido 4 agapornis con signos de enfermedad, al igual que el paciente N°3. Se realizó serología para Chlamydia psittaci que mostró seroconversión en los tres casos con títulos de IgG de 1/256.

Conclusiones:

La psitacosis u ornitosis es una infección zoonótica en la cual algunas especies de aves son el reservorio de la *Chlamydia psittaci*, siendo una causa infrecuente de neumonía adquirida en la comunidad. El tratamiento con tetraciclinas produce una rápida respuesta clínica, siendo los macrólidos la alternativa de segunda elección.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-691

GRAN CORAZÓN EN SÍNDROME DE DOWN: ¿ANSIEDAD O PATOLOGÍA URGENTE?

V Sánchez Moro, J García Criado, R Herrero Antón,
I Corbacho Cambero, A Muñoz Galindo, P García Herrero,
C Crespo Martínez

Hospital Clínico Universitario de Salamanca

Palabras clave: chest pain, dyspnea, heart failure

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Mujer de 31 años, con antecedentes de Síndrome de Down y Psoriasis con tratamiento tópico. La madre ¿la trae? al hospital por dolor torácico de unas 24 horas de evolución que la paciente no sabe describir, por las características especiales de la misma. La madre refiere que el inicio del episodio ha coincidido con la llegada de una 'prima' y considera que son 'celos' ya que le ha ocurrido en otras ocasiones. Había consultado en 2 ocasiones el día anterior, en diferentes servicios de urgencias, siendo diagnosticada de Crisis de Ansiedad. No ha presentado fiebre los días previos. A su llegada aunque no impresiona de gravedad, destaca en la valoración inicial, Tensión arterial (TA) 80/30, frecuencia cardiaca (111 lpm). A la exploración llama la atención la inquietud de la paciente que empeora progresivamente, con balanceo hacia delante y atrás, quejido continuo y llanto intermitente. No taquipnea ni IY. Hipofonosis en hemitórax izquierdo y ortopnea progresiva. Placas de psoriasis en codos y mama izquierda, resto de la exploración sin interés. En analítica destaca Leucocitosis (14.480 μ L) y Neutrofilia (12.340 μ L), D-dímeros 1.1 μ g/ml, Bilirrubina total 2.9 mg/dl, PCR: 4.86mg/dl. Resto de los parámetros dentro de la normalidad, incluidas enzimas cardíacas. Se realiza ECG sin alteraciones y radiografía de tórax donde se objetiva importante cardiomegalia y corazón en forma de 'botella' sugerente de derrame pericárdico. Se realiza ECO FAST: Derrame pericárdico III circunferencial con compromiso hemodinámico. Los diagnósticos diferenciales que se plantearon fueron: Pericarditis, Síndrome Coronario Agudo, Insuficiencia Cardíaca, Taponamiento Cardíaco. JUICIO CLÍNICO: taponamiento cardíaco secundario a pericarditis aguda. Se realiza interconsulta con Cardiología quien realiza pericardiocentesis urgente con salida de 50 ml de líquido seroso. La paciente ingresa en Unidad de Coronarias.

Conclusiones:

1. Dolor torácico y disnea, son unas de las patologías más frecuentes de consulta en los servicios de urgencias. 2. Plantean diagnóstico diferencial con patologías potencialmente mortales. 3. El taponamiento cardíaco es una entidad poco frecuente pero que es una urgencia médica que requiere tratamiento con extrema urgencia por lo que es muy importante el diagnóstico precoz.

P-693

DOLOR TORÁCICO ATÍPICO EN PACIENTE CON CORAZÓN UNIVENTRICULAR

M Palomino Páez, R Izquierdo Bonillo, MA Morales Mármol

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Palabras clave: dolor torácico, cardiopatía, taquicardia supraventricular

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente varón de 34 años de edad AP: cardiopatía congénita tipo ventrículo único de tipo izquierdo con una única aurícula y válvula atrioventricular con cámara accesoria anterior izquierda de donde salen los dos vasos, la aorta anterior izquierda y la pulmonar con estenosis pulmonar severa (intervenido mediante fistula de Fontan). AVC con hemiparexia residual derecha. Motivo de consulta: Paciente que consulta en tres ocasiones en el mes de Febrero/2016 en el servicio de urgencias por dolor torácico de características atípicas, describiéndolo como opresivo centrotorácico no irradiado, sin cortejo vegetativo, que se inicia estando en reposo, de duración variable, con inicio e interrupción súbita, que puede localizar a punta de dedo y con notable aumento de la intensidad del dolor a la digitopresión de la zona. No síntomas concomitantes respiratorios ni de descompensación cardíaca asociados. Se realiza por este motivo ECGs sin cambios con respecto a los suyos basales (RS con BCRDHH, Ondas t negativas asimétricas en V1-V6 y cara inferior), seriación de marcadores de daño miocárdico dentro de la normalidad y D-dímeros normales. Se decide ampliar el estudio en una de éstas ocasiones con AngioTAC por posible trombo intracavitario en ecocardiograma de seguimiento ambulatorio, sin hallazgos de TEP, dándose de alta descartando patología cardíaca aguda, con diagnóstico de dolor torácico atípico. En última consulta, generada por clínica de similares características a la ya descrita, se evidencia, coincidiendo con crisis de dolor, taquicardia rítmica de QRS similar al propio ritmo sinusal (morfología de BCRDHH-HBIA) a 220 lpm, con gran afectación de estado general por sintomatología, iniciándose tratamiento con procainamida y posteriormente adenosina iv sin respuesta, por lo que finalmente se realiza cardioversión eléctrica 200j revirtiendo a ritmo sinusal a 95 lpm y juicio diagnóstico final de angor hemodinámico secundario a taquicardia paroxística supraventricular.

Conclusiones:

El dolor torácico es uno de los motivos de consulta más frecuentes en nuestra práctica sanitaria, no obstante sigue siendo un reto clínico para el médico de Urgencias, siendo de vital trascendencia alcanzar un correcto diagnóstico, en especial en aquellos casos de características atípicas, para valorar el riesgo asociado e indicar la mejor opción de tratamiento.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-694

ENFERMEDADES AMPOLLOSAS DE CARÁCTER INMUNITARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

FP Cuenca Caballero, M Gil López, F Moreno Calatrava, AB Rojas Ramírez

Hospital Nuestra Señora de la Merced. Osuna, Sevilla

Palabras clave: bullous pemphigoid, glucocorticoids, aged

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Varón de 92 años que acude a Urgencias por presentar desde hace 2 meses lesiones ampollas a nivel del tronco y miembros inferiores, no refiere relación con la toma de medicamentos, ni fiebre ni síntomas acompañantes. Algunas de las lesiones presentan signos de sobreinfección y la mayoría de las ampollas se encuentran íntegras. La exploración física es normal y las pruebas complementarias, salvo anemia normocítica normocrómica, arrojan resultados dentro de la normalidad. Se deriva al paciente a Consultas externas de Dermatología con la alta sospecha de penfigoide ampolloso, iniciando tratamiento con corticoides por vía oral (Prednisona 30 mgr. al día). Es revisado el paciente a las dos semanas de inicio del tratamiento, presentando en consulta mejoría de las lesiones, con epitelización de las mismas y aspecto residual. Se amplía el espectro de las pruebas complementarias, con la realización de VSG (30), ANA y ANCA (negativos) y biopsia de las lesiones: En el informe de anatomía patológica se confirma el diagnóstico clínico de penfigoide ampolloso. Es revisado al mes del inicio del tratamiento, con aparición de alguna lesión ampollosa nueva, pero con resolución de todas las lesiones de miembros inferiores.

Conclusiones:

El penfigoide ampolloso es una enfermedad que pertenece al grupo de las enfermedades ampollas de carácter inmunitario, dentro de las cuales se incluyen el pénfigo vulgar, la dermatitis herpetiforme, la epidermolisis ampollosa y el propio penfigoide ampolloso. Es la enfermedad ampollosa más frecuente en los países occidentales, con una incidencia anual que varía entre 2,5 y 42,8 por millón de habitantes. La incidencia aumenta con la edad, incrementándose a partir de los 70 años y siendo máxima a la edad de 90. En la mayoría de los casos cursa de forma crónica con recurrencias. La mortalidad se asocia a la comorbilidad de la edad y los efectos secundarios de los fármacos utilizados en el tratamiento. Los estudios que asocian penfigoide ampolloso con cáncer arrojan resultados contradictorios. Dentro de los factores desencadenantes aparecen el uso de determinados fármacos (diuréticos, d-penicilamina, antibióticos, captopril, fenotiazinas, espironolactona). Agentes físicos como las radiaciones o infecciones por herpes virus pueden actuar como desencadenantes de la enfermedad.

P-695

PERFORACIÓN INTESTINAL EN PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL INESPECÍFICO

L Gómez Sánchez (1), T Gómez Sánchez (1), CE Romero Jiménez (2), EA López Gómez (1), FJ Arroyo Fernández (1), EM Arias Martínez (1), J Ulecia Moreno (1)

(1) Hospital de La Línea. Cádiz (2) Hospital Costa del Sol. Marbella Málaga

Palabras clave: perforated colon, pneumoperitoneum, acute abdominal pain

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 79 años con antecedente de hipertensión arterial que acude por intensificación de dolor abdominal inespecífico de 4 días de evolución con dos deposiciones diarreicas hacia 2 días. En la actualidad y pese a la toma de analgesia oral la paciente refiere dolor insoportable que aumenta con los cambios posturales. A la palpación abdominal no se palpan masas ni megalias, refiere dolor generalizado sin defensa ni abdomen en tabla, no signos de irritación peritoneal. Se realiza radiografía abdominal por la gran sintomatología de la paciente con imagen de semiluna infradiaphragmática izquierda dudosa y de línea recta infradiaphragmática derecha sugestiva de neumoperitoneo por lo que se decide realizar TAC Abdominal. En el TAC se evidencian múltiples burbujas de aire sin localizar específicamente el origen de la perforación. Se procede por parte de cirugía general a laparotomía exploradora con posterior hemicolectomía derecha e ileostomía por perforación en ciego.

Conclusiones:

La perforación de tracto gastrointestinal localizada en colon y ciego es más comúnmente debida a diverticulitis, y menos frecuentemente a neoplasias, mecanismos traumáticos iatrogénicos y no iatrogénicos incluyendo la cirugía. La diverticulosis colónica es muy común en los países desarrollados afectando a más del 50% de la población occidental. La perforación de colon puede ser tratada mediante sutura simple si la perforación es pequeña, en algunos casos usando la vía laparoscópica. Si la perforación es amplia con desvascularización de la pared la resección de colon podría ser necesaria. Se realizará anastomosis primaria siempre que sea posible. Un pequeño porcentaje de pacientes son diagnosticados de perforación intestinal mediante TAC Abdominal al visualizar neumoperitoneo sin estar asociado con molestias abdominales. En cualquier caso siempre que sea diagnosticado el manejo inicial se basa en fluidoterapia, mantener al paciente en dieta absoluta y antibioterapia de amplio espectro.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-696

SÍNCOPE EN PACIENTE ASINTOMÁTICO. EL SIGNO QUE DESATA LA TORMENTA

S Guzmán Martínez (1), S Sola Sevilla (2), A Gil Rodrigo (2),
MC Molina Alcántara (1)

(1) Centro de Salud San Blas. Hospital General Alicante, (2) Centro
de Salud San Vicente I. Hospital General Alicante

Palabras clave: síncope, válvula aórtica, estenosis de la válvula
aórtica

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

CASO: Hombre de 43 años de edad, es traído por el SAMU a Urgencias al presentar pérdida de conocimiento en vía pública de al menos 1-2 minutos de duración, sin sensación de prodromos, en el contexto de un esfuerzo físico moderado. El paciente niega palpitaciones, edemas de miembros inferiores, dolor torácico o disnea. Antecedentes personales, únicamente hábito tabáquico activo, con un consumo acumulado de 40 años/paquete. Niega síncope previos o antecedentes de interés. Barrera lingüística dificulta comunicación. EXPLORACIÓN FÍSICA: T°: 35,2°C Fc: 62 lpm TA: 95/66mmHg. Eupneico a aire ambiente, con Sat O2 de 100%. Consciente y orientado. Regular estado general. AC: rítmico, con soplo sistólico grado III/VI AP: murmullo vesicular conservado. Abdomen: anodino ASU: Gluc: 123mg/dL Cr: 42mg/dL FG: >90 Na: 132mmol/L K: 3.9mmol/L PCR: <0.03mg/dL, Leucos: 7,880. Hb: 13,50 g/dL. Plaquetas 156000 Creatina Cinasa (CK) 136 U/L Troponina T: 35ng/L??..seriación: 26ng/L RX TORAX: ICT<0.5, SCF libres. No infiltrados ni condensaciones parénquima pulmonar. ECG: RS a 60lpm, eje a 60°, PR 160mseg, QRS 80 mseg, patrón de Hipertrofia ventricular izquierda con alteraciones secundarias de la repolarización. ECOCARDIOSCOPIA: VI no dilatado con FEVI conservada. Hipertrofia severa (septo 20mm). IM ligera central. Válvula aórtica degenerada, con apertura muy limitada, con regurgitación grado III. VD no dilatado con FEVD conservada. No derrame pericárdico. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: síncope vasogénico, valvulopatía no filiada, insuficiencia cardiaca aguda. EVOLUCIÓN: Ante lo expuesto el paciente ingresa en planta de cardiología para completar estudio. En la coronariografía se observa doble lesión valvular aórtica calcificada, sin lesiones en árbol coronario. Se decide intervención quirúrgica reparadora de lesión aórtica, con colocación de prótesis aórtica metálica. En ecocardiografía post operatoria se observa prótesis aórtica normofuncionante con gradientes normales e IAO periprotésica ligera, con disfunción leve de VD sin presentar derrame pericárdico. Tto al alta: Sintrom, atorvastatina, paracetamol, omeprazol y ferogradumet. DX DEFINITIVO: estenosis aórtica severa

Conclusiones:

Disnea, angor y síncope son las manifestaciones características de la estenosis valvular aórtica sintomática. La presencia de muerte súbita es una complicación infrecuente en pacientes asintomáticos. El mo-

mento de la cirugía en pacientes asintomáticos con FEVI preservada sigue siendo controvertido. En estos pacientes es preciso vigilar el ECG. Hay mayor riesgo de muerte súbita cuanto mayor duración de QRS tengan y si hay bloqueo de rama izquierda.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-697

DISFAGIA Y BRADICARDIA. UNA COMBINACIÓN UN TANTO EXTRAÑA

BI Corbi Pino, JM Krivocheya Montero, M Jimena García, D Santamaría Amat, C Vázquez López, A Antelo Lorenzo

Urgencias. Hospital Comarcal de Melilla

Palabras clave: disfagia, bradicardia, glossofaríngeo

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente varón de 61 años que acude al SUHC de Melilla por dolor intenso y quemazón en pilar izquierdo de la garganta con la deglución desde hace varios meses. **ANTECEDENTES PERSONALES:** Herpes Zoster hace 10 años. Fumador de unos 2 paquetes diarios Bronquitis en Enero 2.015. Cervicoartrosis. **EXPLORACIÓN FÍSICA:** Buena coloración de piel y mucosas. Neurológico: Consciente y orientado. Respuesta adecuada a órdenes verbales. Pupilas isocóricas y reactivas a la luz. Pares craneales normales. No focalidad motora ni sensitiva. Cavidad oral: orofaringe hiperémica, sin lesiones. Cuello: palpación cervical negativa para masas o adenopatías. ACR: rítmica, no ruidos patológicos, MVC Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. No organomegalias. Ruidos peristálticos presentes. **MMII:** no edemas ni signos de TVP **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN URGENCIAS:** Analítica general: Bioquímica: CK 1121, resto de parámetros normales. Marcadores cardiacos: CK-MB 10.2. Hemograma: normal. Coagulación: normal. Dímero D negativo Fibroscopia: normal. **EVOLUCIÓN.** Durante su estancia en observación el paciente tiene episodios paroxísticos de dolor lancinante en hipofaringe y base izquierda de la lengua con bradicardia sinusal de 20 lpm por lo que es ingresado en UCI. En interconsulta con el Servicio de Neurología se realizan las siguientes pruebas de estudio: Análisis: Serología: Herpes simplex tipo 1 y 2: IgG negativo. IgM negativo ECG: Ritmo sinusal a 60 lpm con episodios frecuentes de bradicardia significativos sin llegar a paro sinusal que se recupera espontáneamente en segundos. TAC cuello y tórax: sin alteraciones patológicas RMN de cráneo: sin alteraciones patológicas Se instaura terapia oral con carbamazepina respondiendo satisfactoriamente a dosis de 300 mg cada 8 horas y asociándole fenitoina primero iv y después oral sin secundarismo importantes. Al alta el paciente recibe tratamiento con CBZ 200 mg cada 6 horas y Fenitoina 100 mg cada 8 horas, sin aparición de nuevas crisis neurálgicas. **DIAGNÓSTICO:** neuralgia del glossofaríngeo izquierdo, probablemente idiopática. Diagnóstico diferencial: Neuralgia de los nervios intermedios.

Conclusiones:

Enfermedad muy rara con muy pocos estudios sobre su prevalencia. Su incidencia en la población general es de 0,2 de cada 100.000 personas por año. Puede coexistir con la neuralgia del trigémino. Es necesario descartar traumatismos craneoencefálicos que junto a la idiopática es la principal causa de su aparición.

P-698

SÍNCOPE DE PERFIL VASOVAGAL, ¿SIEMPRE UN PROCESO INTRASCENDENTE?

M Lozano Espinosa, A Hernández Molina, E Quero Motto, A Cantero Sandoval, R Rojas Luan, D Nova Lóopez, MM Torrecillas Gómez

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Palabras clave: síncope, rotura del bazo, dolor abdominal

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 15 años que acude a Urgencias por mareo con pérdida de consciencia. Refiere que al incorporarse de la cama, súbitamente, sufre mareo con inestabilidad y caída al suelo con traumatismo en la región mandibular, con recuperación completa en unos segundos, sin movimientos anormales ni alteración de esfínteres. Ingresa consciente y orientada. Asintomática TA: 110/50, Pulso Rítmico a 70 lpm. Eupneica. OxiHb: 100%. Afebril ACP: Normal. Sin soplos NRL: normal. Analítica sanguínea normal. ECG: normal. No se practicaron estudios de imagen. JD: Síncope de perfil vagal- ortoestático, siendo dada de alta a su domicilio. Cuatro días después, acude de nuevo a nuestra puerta de Urgencias. Refiere que esa mañana, mientras subía las escaleras presenta sudoración y palpitaciones con visión borrosa y sensación de desmayo no perdiendo el conocimiento EF: consciente y orientada. BEG. TA: 95/60, Pulso Rítmico a 80 lpm. Eupneica y Afebril ACP: Normal. NRL: normal. Abdomen: blando. Ligeramente doloroso a palpación en HI, sin signos de defensa. (Refiere que estas molestias las tiene 3 ó 4 días, son leves) Analítica: Hb: 10,8 Leucocitos: 13.890 ECG: normal Ecografía abdominal: Lesiones esplénicas y líquido libre intraperitoneal con zonas hiperecogénicas TAC abdominal: Hematoma esplénico con signos de sangrado activo y hemoperitoneo asociado Diagnóstico final: Rotura esplénica traumática.

Conclusiones:

En el diagnóstico diferencial del síncope de características vasovagales- ortoestáticas hemos de considerar como causa la depresión de volumen, en este caso por hemorragia. Lo que sucedió a nuestra paciente fue una rotura de bazo diferida, en dos tiempos, algo poco frecuente pero que, sin embargo, puede ser causa mortal de traumatismo abdominal cerrado. La rotura diferida de bazo se caracteriza por un período asintomático de por lo menos 48 horas entre el momento de la lesión y el aparición de signos de hemorragia interna. Lo más frecuente es que los pacientes presenten, 5-7 días tras el trauma, signos de inestabilidad hemodinámica, dolor abdominal importante y el clásico signo de Kehr. Sin embargo, como pasó en nuestra paciente, a veces sólo se presentan síntomas leves. Dado que la rotura diferida de bazo puede provocar la muerte del sujeto (tasa de mortalidad del 5-15%) es fundamental realizar un diagnóstico diferencial in vivo y tener presente la sospecha diagnóstica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-700

CAÍDAS ACCIDENTALES. CASO CLÍNICO: CAÍDA ACCIDENTAL Y RABDOMIOLISIS. UNA TRAMPA MORTAL

B Benito Pasamontes, O Álvarez López

Hospital Universitario de Móstoles. Madrid

Palabras clave: cerebellar, abscess, viridans

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 69 años, con HTA y obesidad mórbida, traída por sus familiares por impotencia funcional tras caída accidental desde su propia altura. Permanece más de 4 horas sobre el suelo debido a dolor intenso en tobillo y rodilla izquierdos. Niega mareo, vértigo, náuseas, desequilibrio o clínica infecciosa previa. En la anamnesis por aparatos refiere diarrea sin productos patológicos y S.Constitucional de 2 meses de evolución. Niega fiebre. E.F: 140/70. 37,2°C. Bien perfundida e hidratada. Consciente, orientada y colaboradora. La exploración cardiopulmonar y abdominal es normal. No consta valoración neurológica. Dolor a la movilización de la rodilla y tobillo izquierdos. Se extrae hemograma y bioquímica básica. Destaca 18000 leucocitos/mm³ con 3% de cayados y una CPK de 4700, con electrolitos y creatinina normales. Diagnósticos: esguince de tobillo, rodilla y rabdomiolisis postraumática. Plan: Observación hospitalaria, vendaje compresivo, sueroterapia y control analgésico. 36 horas después es reevaluada. En la anamnesis dirigida la paciente refiere dolor en hemicara izquierda y cefalea moderada global en las últimas 48 horas. Insiste en la ausencia de desequilibrio como causa de la caída. En la exploración neurológica se objetiva un nistagmus horizontal con dirección cambiante según la dirección de la mirada, que no se agota y una hemihipoestesia significativa en hemicara izquierda. Se realiza EKG que objetiva FA a 110 lpm de reciente diagnóstico comprobando que no está anticoagulada. TAC: lesión cerebelosa izquierda sugestiva de isquemia. Se ingresa para continuar estudio. 48 horas después presenta fiebre de 38° C y se recogen hemocultivos. RNM: abscesos cerebelosos izquierdos con efecto masa sobre protuberancia. Hemocultivos: Streptococcus constellatus. En examen posterior piorrea y gingivitis. Se trató con antibioterapia intravenosa con buena evolución. En el estudio del S. constitucional se objetivó una neoplasia en sigma.

Conclusiones:

Al margen de la rareza que supone el caso, la lección más útil desde el punto de vista de las urgencias es que las caídas accidentales en pacientes con comorbilidades y edad avanzada sólo lo son cuando no se demuestra lo contrario. El urgenciólogo debe evitar la tentación de omitir la valoración sistemática neurológica y cardiológica básica en las caídas de pacientes de edad avanzada.

P-701

ACTITUD DIFERENTE ANTE HIPONATREMIAS GRAVES EN URGENCIAS

P Paredes Leonarte, M Arroyo Jiménez, S Martínez Piera, B Moliner Zanón, M Baixauli Bonet

Hospital Arnau de Vilanova. Valencia

Palabras clave: hiponatremia grave, síndrome paraneoplásico, gastroenteritis aguda

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Presentamos dos casos de hiponatremia graves que acuden a urgencias: - Caso 1: mujer de 66 años con cefalea y crisis hipertensiva. Ex-fumadora. La exploración física es anodina así como las pruebas complementarias, excepto un sodio de 106 meq/l y un sodio en orina: 63meq/l. - Caso 2: varón de 57 años con clínica de vómitos y diarrea de 48 horas de evolución. Se encuentra estuporoso y en la consulta realiza vómito en escopetazo. Se objetiva sodio de 105meq/l y un sodio en orina: 5meq/l. Se realiza el diagnóstico diferencial de las hiponatremias, considerando el caso 1 como una hiponatremia verdadera grave hipoosmolar euvolémica, en relación con un SIADH (durante su ingreso se objetivo SIADH como un síndrome paraneoplásico de una neoplasia pulmonar). Mientras que el caso 2 se consideró como una hiponatremia verdadera grave hipoosmolar hipovolémica como consecuencia de las pérdidas gastrointestinales.

Conclusiones:

Ante un paciente con hiponatremia grave confirmada, debemos calcular la Osm plasmática, si es baja (<275, lo que ocurre en nuestros dos pacientes), estamos ante una Hiponatremia Hipoosmolar Verdadera. Después, con la clínica y el resto de parámetros (PA, urea, turgencia de la piel, creatinina) diferenciamos entre Hipervolémica (en ninguno de nuestros dos casos aparece clínica de cirrosis hepática, insuf. Renal o cardíaca o sd. nefrótico que nos oriente a este tipo), Hipovolémica (en el caso 2 tenemos clínica de vómitos y diarrea junto con Na urinario <20 mEq/l, lo que coincide con este tipo) o Euvolémica (sin clínica de los anteriores, junto con Na orina >20-40 mEq/l, lo que coincide con nuestro caso 1). Y a partir de ahí, tratarla en función de si se trata de un tipo de hiponatremia u otra.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-702

EPISODIOS FEBRILES EN PACIENTES CON SÍNDROME DE BRUGADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M Moya de La Calle, KM Pavón Saénz, S Sánchez Ramón,
L Fernández Concellón, S Manso García, B Pérez Martín,
RM Castellanos Flórez

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Palabras clave: syndrome Brugada, fever

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Introducción: El Síndrome de Brugada (SB) es una canalopatía dependiente de los canales de sodio, sin cardiopatía estructural que provoca episodios de arritmias ventriculares, fibrilación ventricular (FV) y muerte súbita (MS), causando entre 4-12% de todas las MS. Presenta un patrón AD de afectación del gen SCN5A locus 3p21 (aunque también puede deberse a diversas mutaciones esporádicas) que provoca una disminución o alteración en la conductancia de los canales de sodio en el músculo cardíaco, provocando arritmias por repolarización prematura al incrementar las corrientes de salida de potasio. Sólo un 20-30% de los pacientes presentan mutaciones en el mismo, siendo una enfermedad genéticamente heterogénea. Objetivos: conocer la relación entre la aparición de arritmias ventriculares, FV y MS en pacientes con SD que experimentan episodios febriles. Material y métodos: revisión bibliográfica a propósito de un caso. Varón, 36 años que acude por recomendación médica, al presentar un episodio de fiebre tras estudio genético de SD positivo para variante genética presente en el caso índice (HCN4 p.153 E>G). Resultados: Aunque muchos pacientes se encuentran asintomáticos, entre el 20 y 40% presenta síncope o MS como consecuencia de arritmias ventriculares. Existen diversos desencadenantes en estos sujetos de arritmias ventriculares (TVPolimórfica) como son: el reposo nocturno (Tc bradicardia-dependiente), situaciones vagales (el aumento del tono vagal mediado por acetilcolina disminuye las corrientes de calcio, favoreciendo la arritmogénesis por reentrada), los procesos febriles (los canales de sodio cardíacos son térmico-dependientes, acelerando la T° la despolarización-repolarización en fase 1), la ingestión de alcohol, el estrés y diversos fármacos (como antiarrítmicos del grupo I y fármacos bloqueantes de corrientes de Na como los antidepresivos tricíclicos) que pueden degenerar en FV y posterior MS.

Conclusiones:

Conclusión: La temperatura puede ser un factor modulador en algunas mutaciones en SCN5A al acentuar la inactivación prematura del canal de sodio. Un aumento de temperatura puede desenmascarar formas silentes de riesgo incrementado de MS, especialmente en niños. ¿Es recomendable que los pacientes con SD acudan a un SU ante episodios febriles para instaurar tratamiento antitérmico intravenoso y realizar ECG seriados para prevenir un episodio de FV?

P-703

DERRAME PLEURAL ASOCIADO A NEUROFIBROSARCOMA EN EL CONTEXTO DE NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1

M Guzmán Regalado, S López Escudero, A García Sánchez,
MA Aguayo López, A Medina Fernández, M Guisado Pérez,
Y Hernández Montez

Hospital Comarcal Valle de Los Pedroches. Pozoblanco, Córdoba

Palabras clave: derrame pleural tumoral, neurofibromatosis tipo 1, neurofibrosarcoma

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Femenina de 49 años de edad acude al servicio de Urgencias por referir febrícula sin predominio de horario de 6 semanas de evolución acompañada de accesos de tos seca sin otra sintomatología acompañante. Refiere desde entonces disnea de moderados esfuerzos acompañado de dolor costal derecho continuo que empeora con la tos y lumbalgia continua irradiada a hipocondrio derecho. Antecedentes: Neurofibromas cutáneos, Dislipemia, HTA. Exploración: Aceptable estado general, discreta palidez de piel y mucosas temperatura 36.9 C. Auscultación cardíaca: normal Auscultación Respiratoria: Hipoventilación de hemitórax derecho con ausencia del murmullo vesicular. Abdomen: Blando depresible, refiere molestias en hipocondrio derecho Murphy negativo. Hepatomegalia de aproximadamente 3-4 través de dedo. Neurofibromas cutáneos generalizados. Extremidades: Buena movilidad activa y pasiva no edemas pulsos periféricos presentes. Pruebas complementarias: Ecografía abdominal: Hígado y Bazo con ecogenicidad homogénea, sin evidencia de lesiones focales, Vesícula biliar alitiásica. Ambos riñones sin alteraciones ecográficas. No ectasia de vía excretora, Gran masa con ecogenicidad heterogénea en hemitórax derecho con derrame pleural derecho, no pudiendo descartar afectación abdominal concomitante. Radiografía de tórax: Derrame pleural derecho masivo. Líquido pleural: glucosa 70, proteínas 4 gr/dl, pH: 7.39, LDH: 3463, Leucocitos 230(N 25%, L 71%), Hematíes 13,500. Pruebas complementarias: Aumento de reactantes de fase aguda. Resultado: TAC de Tórax y abdomen: Gran masa supra diafragmática derecha con importante derrame pleural asociado, que desvía mediastino y produce compresión importante de vena cava inferior. Dicha masa compatible como neurofibrosarcoma como primera posibilidad.

Conclusiones:

Teniendo en consideración las características del líquido pleural (L.P) de la paciente (con un hematocrito del L.P. del 1- 50%) nos orienta a un origen tumoral. Las neurofibromatosis (NF) son trastornos genéticos del sistema nervioso que afectan al desarrollo y crecimiento de los tejidos de las células neurales. Aproximadamente la mitad de los casos de neurofibrosarcoma son diagnosticados en personas con neurofibromatosis.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-704

CRISIS ADDISONIANA POR SUPRESIÓN DE ESTEROIDES

AL Mora Gómez, IM Fernández Guerrero, B Molto García,
J Roca Guiseris, J Sánchez López, A Roman Serrano,
AA Ventura Ventura

Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Palabras clave: Addison disease, adrenal insufficiency, hyponatremia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

ANTECEDENTES PERSONALES: Paciente de 21 años, DMNID, asma bronquial con mala adherencia al tratamiento. Múltiples ingresos y visitas a urgencias por crisis de asma por incumplimiento terapéutico, ANAMNESIS: Ingresos por dolor abdominal y vómitos. Fiebre de 39°C. Anorexia. Astenia y debilidad intensa. EXPLORACIÓN: REG, postrada. Sequedad de mucosa oral. Eupneica TA: 96/54, Fc: 93, Tª: 37.6. ACR: anodina. Abdomen: blando con dolor difuso a la palpación sin signos de irritación peritoneal. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hemograma: neutrofilia de 86%. Serie roja y plaquetas normales. Bioquímica: U: 86, Creatinina: 1.5. Na: 116, K: 7.7. Cloro: 95. Resto de parámetros dentro de límites normales. GSV: Ph: 7.3, HCO3: 14.8, Ac. Láctico: 3, Osm: 262. ECG: rs a 89 lpm con T hipervoltadas. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Causas de hiponatremia con euvolesmia como SIADH, hipotiroidismo, potomanía? La asociación de hiperpotasemia y acidosis metabólica nos hizo considerar la posibilidad de insuficiencia suprarrenal como causa del cuadro clínico del paciente. EVOLUCIÓN: Inicialmente ingresó en el área de observación de urgencias para corrección hidroelectrolítica e hidratación. Aún en ausencia de nivel de cortisol, no disponibles con carácter urgente, se inició tratamiento hormonal sustitutivo con hidrocortisona ante la alta sospecha de una posible insuficiencia suprarrenal. La administración de corticoides en urgencias, necesarios para el control de las crisis de asma, y la suspensión brusca de los mismos, por mala adherencia al tratamiento domiciliario podía ser la causa del cuadro clínico

Conclusiones:

El diagnóstico de crisis addisoniana en urgencias es eminentemente clínico, basado en la detección de síntomas y signos propios de esta entidad. Es una emergencia médica y como tal precisa de un tratamiento precoz que no puede demorarse hasta obtener las determinaciones hormonales que confirmen el diagnóstico. Las situaciones más frecuentes que actúan como factor desencadenante son las infecciones, embarazo, cirugía y la supresión brusca del tratamiento esteroideo.

P-705

TEXTILOMA COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL DIFUSO: A PROPÓSITO DE UN CASO

M Moreno González, L Ferrer Armengou, JM Muñoz Rodríguez,
LE Barzallo Álvarez, E Marián Brigidano, V Aranda Jiménez

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid

Palabras clave: venda, cuerpo extraño, dolor abdominal

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 49 años, boliviana, acude a urgencias por presentar dolor difuso de moderada intensidad de 1 semana de evolución. Hemodinámicamente estable, con febrícula que se inició días antes. Tratada 3 años antes por enfermedad de Chagas. Le habían realizado una histerectomía de urgencias dos meses antes en su país por una hemorragia. Presentaba abdomen blando, con ruidos normales y una cicatriz hipogástrica sin complicaciones. Refería dolor a la palpación profunda de región pararrectal derecha, donde además se palpaba una masa móvil blanda no adherida, de 3 x 2 cm. Se solicita analítica, con PCR de 73mg/dl, y radiografía de abdomen, con imagen paracentral derecha con patrón radiológico ¿en miga de pan? fuera del marco cólico. Se solicita TC donde se ve un textiloma.

Conclusiones:

Cada vez es menos frecuente encontrar cuerpos extraños intraabdominales postquirúrgicos pero es algo que no podemos dejar pasar a la hora de hacer un correcto diagnóstico diferencial. La incidencia varía entre 1/5000 o 1/100 procedimientos, más frecuente en procedimientos menores o de urgencias, y es principalmente debida al mal conteo de las gasas usadas antes y después de la intervención. Los pacientes refieren dolor abdominal difuso, alteraciones del tránsito intestinal, masa abdominal palpable... La mayoría son intraabdominales o están en pared abdominal aunque las localizaciones pueden ser variadas según el procedimiento. Los textilomas pueden producir fibrosis y encapsularse formando bridas o pueden formar fistulas para tratar de ser expulsados. La forma más correcta de diagnosticar los textilomas es la ecografía (estructura con distinta ecogenicidad con forma de remolino). Si hay dudas habría que realizar un TC. Una radiografía simple de abdomen puede ayudar a sospecharlo. Además de los problemas para el paciente, es un problema legal para los cirujanos que pueden ser acusados de negligencia, imprudencia, impericia e inobservancia de reglamentos y deberes.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-706

ALTERACIONES DEL ECG EN PECTUS EXCAVATUM

AB Garví Ruiz (1), A Cantero Sandoval (2), R Rojas Luán (2), JM Marín Martínez (2), ME Torres Marín (2), A Hernández Molina (2), E Quero Motto (2)

(1) Unidad Sanitaria Mando Naval de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria, (2) Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia

Palabras clave: electrocardiography, chest pain, pectus excavatum

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Hombre de 15 años que consulta por dolor torácico. Es alérgico a penicilina, sin hábitos tóxicos y sin antecedentes familiares de cardiopatía isquémica ni diabetes, no tratamiento crónico. Refiere dolor en hemitórax izquierdo desde la mañana de la consulta (unas 3 horas de evolución), que aumenta con la respiración y asocia disnea leve con grandes esfuerzos. Afebril. No tos, expectoración ni escalofríos. Niega episodios previos. En la exploración física se objetiva BEG, TA: 135/72 T°: 35.7 °C FC: 80 l.p.m. FR: 12 r.p.m. Sat.O2: 100% AC Rítmico sin soplo, AP Normal, pectus excavatum, abdomen blando y depresible, no doloroso, no se palpan masas ni megalias. En las pruebas complementarias de urgencias observamos analítica con enzimas cardíacas normales y ECG: RS 75 lpm eje + 60, P negativa en V1, sin alteración del ST ni onda T. Durante su estancia en observación de urgencias el dolor se autolimita, con ecocardiograma sin hallazgos. Con diagnóstico de DOLOR TORÁCICO ATÍPICO PARA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, se pauta tratamiento sintomático y se da alta a domicilio.

Conclusiones:

Se define pectus excavatum como una deformidad del pecho en la que el esternón y los cartílagos costales están desplazados hacia atrás, dando lugar a una depresión en la zona cifo-esternal. Esta alteración anatómica en la posición cardíaca (rotación con la aurícula derecha más anterior) produce de forma más o menos constante, y sin cardiopatía estructural subyacente, hallazgos electrocardiográficos característicos, aunque no patognomónicos, que conviene conocer, y entre los que se incluyen las ondas P negativas en V1, por la dirección anormal del vector auricular (hacia atrás en plano horizontal). Aunque el diagnóstico de esta patología se establezca por simple inspección del tórax, es interesante conocer los cambios esperables en el ECG y que también están presentes en la comunicación interauricular y en la estenosis mitral con hipertensión pulmonar.

P-707

DOCTOR, ME ENCUENTRO ANSIOSO, ¡AH! Y ME DUELE EL PECHO

MB Antón González (1), A Maúrtua Briseño-Meiggs (2), M Varela Patiño (3), L Cotillas García (1), D Gil Loayza (4), A Portela Martín (5)

(1) Centro de Salud Huerta del Rey, (2) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Río Hortega, (3) Centro de Salud Arturo Eyries, (4) Centro de Salud Delicias II, (5) Centro de Salud Parque Alameda-Covaresa. Valladolid

Palabras clave: pericarditis, chest pain, nonsteroidal anti-inflammatory drugs

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Introducción: La pericarditis es la enfermedad más común del pericardio en la práctica clínica. Es la causa del 5% de los ingresos por urgencias por dolor torácico. Descripción del caso: Varón de 33 años, sin antecedentes de interés, fumador. Acude a urgencias por cuadro de dos semanas de evolución de dolor opresivo en hemitórax izquierdo de hasta 5 horas, con sensación de ahogo. Refiere mejoría del mismo en decúbito lateral derecho y aumento con la inspiración. Cuadro de infección de vías respiratorias altas días previos. Refiere situación de estrés por situación laboral que impide el descanso y crea ansiedad. Exploración física y Pruebas complementarias: Constantes: normales. Auscultación cardiopulmonar: normal. Analítica: normal. ECG: rítmico sinusal, elevación del ST de forma difusa. Radiografía tórax: normal. Eco VScan: no derrame pericárdico, función sistólica global y segmentaria normal. Resultado: sospecha de pericarditis aguda.

Conclusiones:

Síndrome inflamatorio pericárdico con o sin derrame pericárdico. La etiología depende del contexto epidemiológico, puede ser infecciosa (viral y bacteriana) o no infecciosa (enfermedades inflamatorias sistémicas, cáncer y lesiones post-síndrome cardíacos). El diagnóstico clínico puede ser hecho con 2 de los siguientes criterios: 1. Dolor pleurítico en pecho. 2. Roce pericárdico. 3. Cambio en el electrocardiograma: elevación ST o depresión generalizada PR. 4. Derrame pericárdico La radiografía de tórax suele ser normal. No es obligatorio buscar la etiología en todos los pacientes, debido al curso benigno y el rendimiento relativamente bajo de las investigaciones de diagnóstico. Los principales factores de riesgo asociados con mal pronóstico incluyen: fiebre alta, curso subagudo, gran derrame pericárdico, taponamiento cardíaco y falta de respuesta al tratamiento en 7 días. En los pacientes con una causa distinta de la infección viral, terapia específica. La primera recomendación no farmacológica es restringir la actividad física. Lo más común en el tratamiento de la pericarditis idiopática y viral es la terapia con AINE (aspirina o ibuprofeno). Como adyuvante la colchicina a dosis bajas, puede mejorar el episodio inicial y se



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

asocia con menores tasas de recurrencia. Los corticosteroides deben ser considerados como segunda opción. La mayoría de los pacientes con pericarditis aguda tienen un buen pronóstico. El 15-30 % de los pacientes con pericarditis aguda idiopática no tratados con colchicina van a desarrollar recurrente o enfermedad incesante.

P-708

LO QUE LA ANSIEDAD ESCONDE

**E Prado Fernandez, S Charro Alonso, P Cuesta Rodríguez,
C Longo Alonso, A Langa Fernández, I Rivera García,
A López Alonso**

Hospital de Cabueñes. Gijón, Asturias

Palabras clave: anxiety, myocardial infarction, chest pain

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 45 años que acude a Urgencias por dolor torácico tipo opresivo en hemitórax izquierdo, irradiado hacia miembro superior ipsilateral, de una hora de evolución, presentando previamente sensación de mareo, taquipnea y hormigueo en ambas manos, junto con sudoración, sin otro cortejo vegetativo. La paciente comenta que se encuentra en un periodo de mayor estrés emocional y laboral, lo que su familia ratifica. Antecedentes personales: Trastorno mixto ansioso-depresivo a tratamiento con escitalopram. No factores de riesgo cardiovascular ni hábitos tóxicos. Exploración física completa normal, con buen aspecto general. Destaca el estado de inquietud de la paciente. Electrocardiograma a su llegada a Urgencias: Ritmo sinusal, 50 lpm. Bloqueo incompleto de rama derecha. Rectificación ST cara inferior y lateral, onda T negativa III. Hemograma, bioquímica y coagulación normal. Troponina I (cTnI): 0.01. Radiografía tórax: normal. Durante su estancia en Urgencias se administra cafinitrina sublingual, con cese del dolor. Ante la clínica, se realiza ecocardiograma: Fracción de eyección de ventrículo izquierdo preservada, leve alteración de la contractilidad en territorio de descendente anterior. Función diastólica de ventrículo izquierdo normal. Válvulas normales. cTnI a las 6 h de inicio del dolor: 3.92. Electrocardiograma sin cambios. Dados estos hallazgos, la paciente ingresa en Unidad Coronaria para realizar cateterismo precoz, objetivándose disección coronaria espontánea. Al alta la paciente se mantiene estable y asintomática. Diagnóstico: SCASEST tipo IAM no Q.

Conclusiones:

Los episodios de ansiedad son una causa frecuente de consulta, representando uno de los principales problemas de salud en nuestra sociedad. Además, este cuadro puede estar en asociación a otras patologías, actuando como distractor. Es importante tener en cuenta además que la propia ansiedad puede ser un desencadenante de patología coronaria, por lo que supone un reto diagnóstico. Por ello, a pesar de un cuadro de ansiedad en una mujer sin factores de riesgo cardiovascular, las características típicas de dolor coronario y su mejoría tras cafinitrina nos hacen continuar con el protocolo diagnóstico habitual, no dejándonos influenciar por los síntomas de ansiedad. En este caso el correcto manejo de la paciente, evitó un desenlace desfavorable e incluso letal, si hubiera sido dada de alta inicialmente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-709

SÍNDROME DE LA ARTERIA DE PERCHERON: REPORTE DE UN CASO

**N Assakale, JM Krivocheya Montero, LM Martínez Marín,
J Romero Imbroda, E de Castro Santos, R Úbeda Sánchez,
N Pérez Leal**

Hospital Comarcal de Melilla

Palabras clave: infarto cerebral, tálamo, síndrome de la arteria de percheron

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

ÁMBITO DEL CASO: Urgencias del hospital comarcal de Melilla
MOTIVO DE CONSULTA: Varón de 62 años, ex fumador con antecedentes de HTA, DM2, cardiopatía isquémica, acude a urgencias por cuadro de mareo y alteración de la visión, explica que 5 días antes presento un episodio de pérdida de conocimiento con traumatismo craneal, desde entonces ha permanecido en su domicilio con apatía, trastorno de la marcha y de la visión EXPLORACIÓN FÍSICA: Buen estado general, consciente y orientado, normotenso y afebril AC: tonos cardíacos rítmicos sin soplos AR: MVC Neurológico: Pupilas medias areactivas, posición primaria de la mirada con tendencia vertical hacia abajo 'sunset' con skew (divergencia ocular en el plano vertical) a expensas de ojo izquierdo, Parálisis de la mirada vertical con nistagmo de ojo izquierdo a la mirada conjugada a la izquierda. Dismetría índice nariz bilateral con predominio izquierdo, sin déficit motor, ligera ataxia en deambulación. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: ECG: ritmo sinusal, sin signos de isquemia aguda Analítica: hemograma y bioquímica normales TAC craneal: infarto bitalámico con predominio derecho RM craneal: lesión hiperintensa en T2 mesotalámica bilateral, con mayor afectación del lado derecho sugerente de síndrome de la arteria de Percheron AngioRM Troncos Supraaórticos y PW: normales. JUICIO CLÍNICO: Infarto bitalámico secundario a síndrome de la arteria de Percheron. EVOLUCIÓN: El paciente ingresa en neurología, se modifica su tratamiento antiagregante con mejoría parcial de la sintomatología. DISCUSIÓN: La arteria de percheron corresponde a una variante de irrigación de la región paramediana de ambos tálamos, a partir de una única arteria paramediana de origen en la arteria cerebral posterior, de ahí que su oclusión de sintomatología talámica bilateral, la triada de este síndrome consiste en la presentación de trastornos del nivel de conciencia, oculomotores (parálisis de la mirada vertical) y cognitivo-conductuales (pérdida de memoria, apatía, desorientación).

Conclusiones:

Nuestro paciente presento la triada típica de este síndrome y confirmación por RM de la afectación, es un síndrome muy infrecuente (solo un 0.6% en algunas series), siendo el origen de la lesión en nuestro caso secundario a enfermedad de pequeño vaso ya que el paciente presentaba múltiples factores de riesgo cardiovascular.

P-710

BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR AVANZADO EN ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

M Carpena Zafrilla, J Grandío Gómez

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Palabras clave: bloqueo, auriculoventricular, espondilitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

ANTECEDENTES PERSONALES Hipertensión arterial. Hiperuricemia. MOTIVO DE CONSULTA Paciente de 54 años que presenta cuadro de años de evolución de dolor de características mixtas en columna cervicodorsal así como cuadro de varios meses con agravamiento en los últimos 20 de dolor a nivel de tercio distal de metatarso pie derecho (cara dorsal y plantar) asociado a tumefacción de segundo, tercer y cuarto dedos del pie derecho. Afebril en todo momento en ausencia de mejoría con analgesia alterna de primer escalón. Por dicho cuadro el paciente está en estudio por Reumatología presentando estudio de HLA-B27 y HLA-CW6 positivos. Familiar de primer grado (hermana) diagnosticada de Artritis Psoriásica y Espondilitis Anquilosante en tratamiento activo. Ante el cuadro de agravamiento del dolor así como tumefacción del 2º dedo acude al servicio de urgencias en ausencia de otros síntomas asociados. EXPLORACIÓN FÍSICA TA: 130/60. FC: 52 lpm. Afebril. Auscultación cardíaca y pulmonar (AC Y AP): Rítmico, bradicardia a 52 lpm. Murmullo vesicular conservado sin ruidos agregados patológicos. Miembros inferiores: Presencia de dolor y tumefacción en 2º dedo de pie derecho compatible con dactilitis. Dolor en 1/3 distal de metatarso derecho. Resto de exploración física normal. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS ECG: Bloqueo auriculoventricular (AV) completo con ritmo de escape con QRS estrecho a 40 lpm. Ante dichos hallazgos se insiste en anamnesis indicándonos referir episodios autolimitados esporádicos de dolor torácico opresivo que ocurren con el esfuerzo (último episodio en meses previos) en ausencia de mareos, no cuadro sincopal, no palpitaciones ni otros síntomas. Ecocardiografía transtorácica (ETT): Ventrículo izquierdo (VI) de tamaño normal. Fracción de eyección de VI conservada. No valvulopatías ni derrame pericárdico. Analítica: dentro de la normalidad. JUICIO DIAGNÓSTICO Bloqueo Auriculoventricular Avanzado + HLA-b27 y HLA-CW6 positivos + Dactilitis PLAN Ingreso en cardiología. Colocación de marcapasos.

Conclusiones:

Se han observado anomalías de la conducción cardíaca en hasta una tercera parte de los pacientes con espondilitis anquilosante (EA). Es más frecuente en varones, y hasta un 20% de los pacientes portadores de marcapasos permanentes pueden tener el gen HLA-B27.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-711

TENGO SUEÑO

T Álvarez Balseca, A Egea Huertas, MJ Fernández Rodríguez, G Alonso Sánchez, MH Vidal Giménez, FJ Fernández Valero

Hospital Comarcal del Noroeste. Murcia

Palabras clave: deterioro, cognitivo, BIPAP

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 83 años y con antecedentes de HTA, EPOC (con oxígeno domiciliario de 16 horas a 2.5 lpm), enfermedad de Parkinson y Flutter auricular en tratamiento con sintrom. Es traída al servicio de URGENCIAS por deterioro del nivel de consciencia. de unos 2 días de evolución. Cuenta su hija que la paciente ha referido en alguna ocasión hipoestesia en MSI. En la anamnesis retrospectiva su hija cuenta somnolencia diurna habitual, oxigenoterapia habitual, con buen sueño nocturno. Se procede a realizar la valoración de constantes vitales, exploración física y pruebas complementarias. Se toma las constantes vitales destacando una Sat. O₂ al 80% Regular estado general, afebril, obesidad, tendencia al sueño aunque responde bien con estímulos verbales, dirigiendo la mirada y con respuestas sencillas. SNC: PICNR, AC: con tonos arrítmicos, con soplo sistólico. AP: hipoventilación generalizada desde campos medios bilaterales a inferiores sin edemas. No se detectan déficit motores focales en extremidades. RCP flexor derecho e indiferente izquierdo. Analítica: Glu 152. U 67. Cr 1.03. Na 136, K 5.3, PCR 5.2. Neutrofilia 81% sin leucocitosis. PlaQ normales. INR 6.85. Hb 9.1 con VCM y HCM normal. Htíes 3.6 Gasometría: PH 7.32, CO₂ 66, pO₂ 61, Sat O₂ 85% Rx de tórax: cardiomegalia. Redistribución vascular importante. Aumento de densidad en base derecha que podría corresponder a posible infiltrado, pero ya se observa en Rx previas. TAC Craneal sin contraste: Infarto crónico. Atrofia. Leucoaraiosis. MATERIAL O PACIENTES O MÉTODO: Se decide el pasar al paciente al área de observación para estabilizar y además se procede a la colocación de BIPAP durante 2-3 horas con control gasométrico posterior. Se suspende por el momento anticoagulación. Tras la colocación de la BIPAP la paciente experimenta mejoría del nivel de consciencia con moderada agitación psicomotriz. La sat. de O₂ con gafas nasales a 2.5 lpm llega a tener 90%. Fr 98 lpm. Con el paso de las horas en observación tiene una buena evolución clínica. JD: Acidosis respiratoria. Insuficiencia respiratoria global probablemente secundaria a síndrome de hipoventilación. Obesidad sin tratamiento previo excepto oxigenoterapia.

Conclusiones:

La importancia de realizar una buena anamnesis y exploración neurológica y general. Poder realizar el diagnóstico diferencial en casos del deterioro del nivel de consciencia. Saber pedir las pruebas complementarias.

P-712

NO SIEMPRE SE TRATA DE UNA INFECCIÓN RESPIRATORIA

M Lisa Gracia, C Marcote Ibáñez, S Neila Calvo, Z Salmón González, C Salas Pelayo, E Cobo García, A Córdoba Alonso

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras clave: linfangitis, carcinomatosis, infección tracto respiratorio

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 63 años, sin alergias conocidas y con antecedentes de dislipemia en tratamiento farmacológico. Ex-fumador desde hace 2 meses de 50 paquetes-año. Acude porque refiere tos seca y disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos de 1 mes de evolución. No refiere fiebre ni sensación distérmica. Había tomado tratamiento con levofloxacino durante 7 días sin mejoría. Al examen clínico destaca TA 116/74, FC 82, SatO₂ 94% y T° 36,5. Buen estado general. AP: hipofonesis en hemitorax derecho sin ruidos añadidos. La analítica no presenta alteraciones relevantes. En la radiografía de tórax se observa un derrame pleural derecho con aumento de densidad en base derecha sin claro broncograma aéreo y patrón intersticial micronodular bilateral difuso. Se intentó obtención de muestra de esputo sin éxito. Dada la estabilidad clínica y la ausencia de datos de infección en la analítica no se inició antibioterapia. Se realizó broncoscopia con toma de biopsias que informó de adenocarcinoma con linfangiosis carcinomatosa. Se contactó con servicio de Oncología que valora al paciente para inicio de tratamiento sistémico.

Conclusiones:

La linfangitis carcinomatosa es una entidad clínicoradiológica que comprende aproximadamente el 8% de las metástasis pulmonares y se define como la presencia de células tumorales en los vasos linfáticos y en el intersticio pulmonar. Normalmente la biopsia revela adenocarcinoma. Se trata de una entidad que debe ser tenida en cuenta dentro del diagnóstico diferencial de patología pulmonar aguda. Cuando las causas mas frecuentes, como son las infecciones, no responden al tratamiento antibiótico, debemos plantearnos esta posibilidad debido a la posible evolución rápidamente progresiva fatal.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-713

PREVENGAMOS EL ANGIOEDEMA DE ETIOLOGÍA MEDICAMENTOSA

I Mantiñán Vivanco, V Acosta Ramón, L Prieto Lastra, P Carlos González

HUMV. Loiu, Bizkaia

Palabras clave: angioedema, IECA, fármacos

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

El angioedema es una patología localizada en la dermis profunda y tejido celular subcutáneo, cuya principal manifestación es la tumefacción. La piel subyacente puede ser eritematosa o normal. Epidemiológicamente es una enfermedad frecuente pues afecta entre 1-3% de la población, siendo más prevalente en mujeres (69%). Entre las causas más frecuentes de angioedema encontramos los fármacos inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) causantes del 20-58% de los casos, las reacciones alérgicas mediadas por IgE como reacción a alimentos u otros fármacos y factores mediambientales (33%), la deficiencia inhibidora hereditaria o adquirida (1-2%), fármacos antiinflamatorios no esteroideos, y la disminución química de histamina idiopática (21-59%). Nuestro caso se trata de una mujer de 86 años remitida por su médico de atención primaria (MAP) a nuestro servicio de urgencias por dificultad para tragar y hablar, además de edema lingual. Como antecedentes figuran HTA cuyo tratamiento desconoce, en informe figura valsartán, diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con linagliptina y repaglinida, además de omeprazol y paracetamol. Como tratamiento inicial para el cuadro su MAP administró dexclorfenilamina 5mg y metilprednisolona 60mg intramuscular, sin mejoría, presentando incluso empeoramiento. Por lo que tras completar anamnesis y exploración se decidió continuar tratamiento con lcatibant, presentando buena respuesta y remisión completa a las 3 horas. Siendo dada de alta con recomendación de suspender repaglinida como sospecha de inductor del cuadro, con diagnóstico de Angioedema familiar, e interconsulta a Servicio Alergología. Dos semanas después es revisada en consulta de alergología con estudio alérgico negativo, se revisa historial de tratamientos entre los que figura enalapril iniciado 1 mes antes del cuadro para control de tensión arterial. Fue diagnosticada de Angioedema Bradiquinético que se atribuyó a tratamiento con IECA, se suspendió enalapril y se reinició tratamiento con repaglinida.

Conclusiones:

Como conclusión la yatrogenia farmacológica es el principal factor etiológico del angioedema y entre fármacos destacan los IECA como tomaba nuestra paciente, de ahí la importancia de realizar una exhaustiva anamnesis y exploración además de la historia de tratamiento para instaurar en la medida de lo posible tratamiento etiológico adecuado.

P-716

SÍNDROME DE WOLF PARKINSON WHITE EN PACIENTE EMBARAZADA Y FRACTURA DE COLLES. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

M Ruiz Ojeda (1), R Hidalgo Gil (2), M Blanca Segura (1), F Rico Rodríguez (1), E Lopera Lopera (1), I Robledo Migallón (1), A López Sánchez (1)

(1) Hospital Comarcal Valle de Los Pedroches. Pozoblanco,

(2) Hospital Santa Bárbara. Puertollano

Palabras clave: pregnancy, tachycardia, fractures

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 21 años, primigesta, con antecedentes de síndrome de Wolff Parkinson White (WPW) diagnosticado a los 10 años de edad, sin tratamiento definitivo, y fractura de Colles izquierda secundaria a una caída de escalera a las 36 semanas de gestación. Se controla en consulta de Alto Riesgo Obstétrico. Evoluciona desfavorablemente, en un comienzo, con una mala tolerancia a ejercicio físico habitual y taquicardia supraventricular en tres ocasiones que ceden espontáneamente, es evaluado por cardiólogo quien recomienda usar en forma profiláctica atenolol. Durante cirugía de reducción de su fractura de Colles la paciente sufre fibrilación auricular que es cardiovertida con Verapamilo. Finalmente llega a embarazo de 39+1 semana, sin otras complicaciones, donde se decide interrupción del embarazo mediante cesárea electiva. En la exploración física, encontramos buenas condiciones generales, hemodinámicamente estable, con una PA 120/70, pulso de 88 por minuto y temperatura axilar 36,4° C. En la exploración obstétrica destaca: Altura uterina 36 cm. Latido fetal 130 por minuto. Movimientos fetales positivos. Presentación cefálica. Flujo vaginal negativo. Con 39+2 semanas, se procede a la cesárea sin complicaciones maternas, y se extrae un feto vivo femenino, 3740 g, adecuado para la edad gestacional, Apgar 8-9, procediéndose posteriormente a la extracción manual de la placenta con posterior legrado de la cavidad uterina y cierre por planos. La paciente evoluciona favorablemente durante el puerperio, sin complicaciones cardíacas, y es dada de alta al cuarto día postcesárea.

Conclusiones:

El embarazo se asocia con un incremento en la incidencia de arritmias. Aunque las palpitations, la ansiedad y eventualmente el síncope son síntomas relativamente comunes en el embarazo normal, estos están raramente asociados con las arritmias cardíacas. Una reducción en la presión sanguínea asociadas con tales arritmias pueden resultar en bradicardia fetal y necesitan un tratamiento inmediato con drogas antiarrítmicas, cardioversión eléctrica o cesárea de urgencia. En el puerperio existe una asociación con un aumento significativo del riesgo de eventos cardíacos, incluyendo muerte, infartos cardíacos y síncope. Algunos pacientes tienen conexiones anatómicas anómalas, que pueden evitar total o parcialmente el paso a través del nódulo aurículo-ventricular. El Haz de Kent (comunicación anómala entre aurícula y ventrículo) constituye la base anatómica del WPW. Puede constituir un hallazgo electrocardiográfico fortuito y cursar de forma asintomática durante toda la vida del paciente. En estos enfermos existe una incidencia elevada de taquiarritmias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-717

HIPOTIROIDISMO SEVERO SECUNDARIO A LITIO

Z Soneira Rodríguez (1), MB Negueruela García (1),
M González Ruiz (1), L Prieto Lastra (1), M Lara Torre (2),
J José Parra (2), S Francesca Pini (2)

(1) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla,
(2) Médico Residente. Santander

Palabras clave: hypothyroidism, lithium, myxedema

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Descripción del caso: Varón de 73 años con antecedentes personales de HTA, Diabetes Mellitus tipo II, insuficiencia renal crónica multifactorial, Trastorno bipolar, Síndrome Parkinsoniano en tratamiento con anti-diabéticos orales, amlodipino/hidroclorotiazida, Litio, anafanil. Acude a urgencias por cuadro de días de evolución de malestar general, fiebre, agitación nocturna y atagantamientos frecuentes, tras reinterrogar a la familia refieren intolerancia al frío de tiempo de evolución. Exploración física: TA 110/70, FC 65 lpm, T° 36,4°, SatO₂ 98%. Regular estado general, somnolencia, palidez cutánea, taquipnea. ACP: Rítmico, no soplos, mvc, roncus dispersos, crepitantes bibasales. Resto de exploración anodina. Pruebas complementarias: Hemograma al ingreso: 10.100 leucocitos, Hemoglobina 10.5 g/dL, Plaquetas 175.000, TP (actividad de protrombina) 100 %. Bioquímica al ingreso: Glucosa 124 mg/dL, Urea 68 mg/dL, Creatinina 1.85 mg/dL, Na 137 mEq/L, K 3.2 mEq/L, Cloro 97 mEq/L, Filtrado glomerular estimado 35 ml/min/1, TSH 255, T4L 0,03. Litio 1,21 mEq/L(0,50-1,50). Bioquímica al alta: Glucosa 84 mg/dL, Urea 72 mg/dL, Creatinina 2.04 mg/dL, Filtrado glomerular estimado 31 ml/min/1, TSH 186.63 mIU/L, T4 libre 0.60 ng/dL. Rx Tórax: Sin hallazgos patológicos. ElementalySedimento normal. ECG: rs a 48 lpm, sin alteraciones de la repolarización. Gasometría normal. Juicio Clínico: Hipotiroidismo severo secundario a tratamiento con Litio. Broncoaspiración. Diagnóstico diferencial: Patología infecciosa, Accidente cerebrovascular, Fármacos.

Conclusiones:

Tras tratamiento sustitutivo con levotiroxina se produjo mejoría llamativa del estado general. El hipotiroidismo severo suele presentarse de forma larvada e insidiosa, haciendo más difícil el diagnóstico en el servicio de urgencias, de ahí la importancia de planetarlo como diagnóstico diferencial en pacientes de edad avanzada y personas con enfermedades cardiovasculares y trastornos neuropsiquiátricos, porque la función tiroidea puede estar estrechamente ligada a estas entidades. El coma mixedematoso constituye la máxima expresión del hipotiroidismo severo, con una mortalidad aproximada del 60%, siendo las manifestaciones clínicas más relevantes la alteración del nivel de conciencia, hipotensión, hipotermia, bradicardia, hiponatremia e hipoventilación. El litio produce inhibición de la secreción de T₄ y T₃, asociándose a hipotiroidismo en el 20-30% de casos, siendo más recuente en mujeres de edad avanzada.

P-718

MALFORMACIÓN ARNOLD CHIARI ASOCIADO CON SIRINGOMIELIA: PRESENTACIÓN DE UN CASO EN LA INFANCIA

MJ Martínez López (1), A Lozano Vicente (2),
R Aranda Colubi (2), P Bataller de La Cruz (2)

(1) CS Santa Olalla de la Cala, (2) CS de San José de la Rinconada. Huelva

Palabras clave: signs and symptoms, siringomyelia, chiari malformations

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Niño de 11 años que consultó al CS por cuadro de cefalea frontal intensa, seguida de palidez cutánea, temblor fino, sudoración y perdida de conciencia de minutos de duración, sin movimientos anómalos ni relajación de esfínteres. En la exploración presentaba dificultad-inestabilidad en la marcha y Romberg inestable, autolimitados. Se dió de alta con el diagnóstico de Sincope vasovagal. Mes y medio después consulta por cefalea occipital que lo despierta por la noche, junto con perdida visual de unos minutos de duración, relajación esfínter urinario, y disminución de fuerza y sensibilidad en MMII. Tomó en domicilio paracetamol, sin mejoría. Exploración: COC. ACP:normal. Signos meningeos negativos. No babinsky. Neuro: hipoestesia y perdida de fuerza en tercio distal de ambos mmii. Pruebas complementarias: Analítica: Hemograma, bioquímica, orina, vsg, gasometría, ANA, HLA B27, factor reumatoide y serologías normales. Mantoux: negativo. Rx torax, fondo de ojo, audiometría, ecocardiografía, ecodoppler de TSA, ECG, EEG, ENG y TAC cranral: normales. RMN de craneo: evidencia descenso de amígdala cerebelosa a través del foramen magno de unos 6-7 mm, compatible con Arnold-Chiari tipo I. RMN medular y de columna completa: cavidad de siringomielia a nivel dorsal desde D7 a D10, con extensión craneocaudal de 6,5 cm y grosor de 0,4 cm. El paciente evoluciona favorablemente siendo dado de alta con exploración neurológica normal. Diagnóstico: Siringomielia dorsal de D7 a D10. Malformación Arnold Chiari tipo I.

Conclusiones:

La malformación de Arnold Chiari tipo I, habitualmente se asocia a otros defectos, siendo el mas frecuente la siringomielia (40-50%). Aunque la presentación habitual sea en la segunda-tercera década de la vida, la severidad de este caso ha permitido su diagnóstico precoz en un niño. Los síntomas más frecuentes son: cefalea occipital opresiva y cervicalgia que aumentan con el Valsalva, vértigo, síntomas oftalmológicos, compresión del canal medular, afectación de pares craneales, apnea del sueño, escoliosis, fenotipo cuello corto y síntomas mixtos. Dado que la malformación tiene un curso irregular, con exacerbaciones y remisiones, y gran variabilidad de síntomas, se dificulta el diagnóstico precoz. Es necesario que los profesionales



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

de atención primaria conozcan el curso de la enfermedad y aprendan a identificar, los síntomas más característicos de la malformación craneocervical más frecuente, para una sospecha y confirmación diagnóstica precoz.

P-719

REGALO DE NAVIDAD: FARINGOAMIGDALITIS Y BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR COMPLETO

MV Alonso Pino (1), JF Alija Castro (2), J Zampaña Quintero (3)

(1) Hospital Universitario Puerto Real, (2) Hospital Punta Europa, (3) Ugc Doctor Federico Rubio. Cádiz

Palabras clave: cardiopatía congénita, bloqueo auriculoventricular completo congénito, isoinmunización materna

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 35 años sin AP de interés. El 25 de diciembre acude a urgencias por odinofagia y astenia. A la exploración faringoamigdalitis pultácea y bradiarritmia. A pesar de ser un paciente joven y deportista habitual, se decide realizar EKG donde se objetiva BAV de 3ºG a 45-50 lpm. Asintomático, excepto por limitación del ejercicio intenso en las últimas semanas, sin datos de insuficiencia cardíaca. Ingresó en cardiología para valoración de MP definitivo. Durante el ingreso continúa asintomático. Hemograma, bioquímica, hormonas tiroideas, Ac-antinucleares, antiDNA y anticentrómero normales. Ecocardiografía con ligera dilatación AI-VI (58mm), FEV 80%, sin valvulopatía. Ergometría basal (11 min, 12 METS). BAV completo, ritmo de escape con QRS estrecho a 65 lpm, alcanza 121 spm con EVT frecuentes, bigeminismo, manteniéndose el BAV completo. RMN cardíaca sin hallazgos patológicos. Pendiente de holter y despistaje de conectivopatías. Como principal juicio clínico BAV congénito con manejo conservador por paciente asintomático sin cardiopatía estructural.

Conclusiones:

Por su baja incidencia (1:15.000//1:22.000 r.n. vivos) y por poder pasar desapercibida en un paciente joven, debe establecerse como diagnóstico diferencial mediante realización de EKG. Entidad poco frecuente, trastorno de la conducción a través del nodo AV desde el nacimiento. Engloba un 20% de casos con cardiopatía estructural congénita, la más frecuente la trasposición de grandes arterias, un 80% sin cardiopatía. Etiopatogenicamente es secundario a isoinmunización materna anormal, con autoproductión de anticuerpos Ig-G antinucleares, anti-SSA/Ro y anti-SSB/La que se transfieren vía transplacentaria, produciendo fibrosis miocárdica en el nodo AV. Se detecta por ecocardiografía-doppler entre 16-30 SG, ante bradicardia fetal persistente, con una mortalidad > 20%. En lactantes es elevada cuando existe cardiopatía estructural o datos de IC y muy baja si no se asocia con cardiopatía estructural. Hay consenso entre los pediatras de implantación de MP si presencia de una cardiopatía grave, sintomatología o una frecuencia cardíaca < 50-55 lpm (según la edad). Incluso los pacientes asintomáticos con/sin cardiopatía congénita tienen un riesgo impredecible de síncope, por lo que debe considerarse seriamente el uso de marcapasos en todo paciente con un bloqueo AV completo congénito. Puede plantearse tratamiento conservador en pacientes asintomáticos, con vigilancia estrecha.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-720

ALGO MÁS QUE UNA TOS PERSISTENTE

**B García Gollonet (1), E Espínola Coll (2), J Cano García (2),
A Bernal Hinojosa (3)**

(1) Centro de Salud San Andrés-Torcal, (2) Centro de Salud Coin,
(3) Centro de Salud Carranque. Málaga

Palabras clave: dyspnea, heart failure, stroke

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 39 años sin antecedentes personales de interés salvo alergia a codeína. Antecedentes familiares: madre y abuelos maternos con cardiomegalia. Acude a Urgencias por segunda vez en 24 horas por disnea de reposo y tos seca de dos meses de evolución asociado a fiebre intermitente. Refiere en la última semana ortopnea que le ha obligado a dormir sentada y esputos hemoptoicos. Durante su estancia en Observación presenta varios episodios de dolor torácico típico sin cambios eléctricos ni elevación de enzimas de daño miocárdico. Fue ingresada a cargo de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) donde presentó descenso del nivel de conciencia con afasia y hemiplejía derecha activándose código ictus, con tomografía computarizada craneal sin alteraciones y realizándose fibrinólisis no exitosa. EXPLORACIÓN FÍSICA: Aceptable estado general, disnea de reposo. Auscultación cardiorrespiratoria: rítmica sin soplos, crepitantes bibasales. Edemas con fóvea hasta rodillas en ambos miembros inferiores. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica de sangre sin alteraciones excepto tiempo de protrombina 62% y NTproBNP 16592. Radiografía tórax: cardiomegalia, redistribución vascular. Electrocardiograma: ritmo sinusal, 116 latidos por minuto, eje izquierdo, signos de crecimiento ventrículo izquierdo. Ecocardiografía inicial: ventrículo izquierdo con dimensiones ligeramente aumentadas, grosor parietal normal, hipoquinesia generalizada, función sistólica global deprimida (fracción eyección 30%), aurícula izquierda dilatada, válvula aórtica normal, válvulas mitral y tricúspide con apertura normal y regurgitación leve-moderada, no derrame pericárdico, exploración compatible con miocarditis. Cateterismo: sin lesiones angiográficamente significativas. JUICIO CLÍNICO: Miocarditis aguda complicada con shock cardiogénico y embolismos pulmonares y cerebrales con hemiparesia y afasia residuales. Función sistólica global deprimida inicial y conservada actual. EVOLUCIÓN: Tras su ingreso en UCI pasa a planta de Cardiología, evoluciona sin signos de insuficiencia cardíaca y persiste afasia mixta y hemiplejía derecha. Posteriormente es derivada al Servicio de Rehabilitación para continuar tratamiento. Quedó dependiente para las actividades básicas de la vida diaria. Actualmente continúa con rehabilitación motora y logopedia y está en seguimiento en consultas de Cardiología y Neurología.

Conclusiones:

Un paciente que consulta reiteradamente requiere nuestra atención y no debemos dejarnos llevar por las historias clínicas realizadas previamente. Es importante realizar una correcta anamnesis y exploración del paciente que nos lleve a nuestra sospecha diagnóstica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-721

A PROPÓSITO DE UN CASO: MIOPERICARDITIS

E Sáez Rodríguez, F Ruiz Simón, R Escalero Rodríguez,
J Chimen García, J Domínguez Carrasco, F Fuentetaja Sanz

Hospital Virgen de la Concha. Zamora

Palabras clave: cardiomyopathies, pericarditis, chest pain

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN. Se comenta el caso de un paciente atendido en servicio de urgencias (SU) por dolor centro torácico irradiado a carótidas. **OBJETIVO.** Repasar a propósito de un caso los puntos más importantes para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del pericardio. **MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO.** Paciente de 18 años que acude a SU por dolor centro torácico irradiado a carótidas con leve mejoría con la acción de sedestación de un día de evolución, el paciente refiere aumento de la intensidad del dolor sin haber recibido tratamiento analgésico. Se realiza anamnesis y exploración clínica minuciosa. Se solicita analítica con marcadores cardiacos, realización de EKG y Rx torax portátil, tratamiento analgésico con AINES. Ante la sospecha clínica y los hallazgos analíticos y EKG se comenta con servicio de cardiología quedando el paciente ingresado a su cargo, realizándose al ingreso monitorización, tratamiento con AAs y ecocardiograma. **RESULTADOS.** La pericarditis y la miocarditis presentan múltiples etiologías y formas de presentación. La sospecha de pericarditis con daño miocárdico asociado es lo que se conoce como miopericarditis. La presentación habitual es dolor asociado a signos de pericarditis junto con elevación de marcadores de daño miocárdico. La causa más frecuente es la infección viral, seguida de otro tipo de infección, y causas como radiación, drogas. El diagnóstico de miopericarditis viene establecido por la elevación de biomarcadores de daño miocárdico sin nuevo desarrollo focal o deterioro difuso de la función ventricular izquierda en ecocardiografía o resonancia magnética. Debe realizarse diagnóstico diferencial con síndrome coronario, siendo necesario realizar coronariografía si existe duda diagnóstica, en estos casos la RMN también es una prueba muy útil. En caso de confirmarse la sospecha se recomienda la hospitalización del paciente, junto a terapia antiinflamatoria de forma empírica y su monitorización, ya que una minoría evoluciona hacia disfunción ventricular, miocarditis de células gigantes o desarrollan arritmias ventriculares graves.

Conclusiones:

La presencia de pericarditis es una causa a ser tomada en cuenta en nuestro algoritmo diagnóstico diferencial ante todo dolor torácico en paciente joven. La asociación de daño miocárdico requiere un control más estricto y monitorización constante. Presenta buen pronóstico con tratamiento antiinflamatorio empírico.

P-722

CARDIOMEGALIA Y DISNEA SÚBITA, NO SIEMPRE ES UN TEP

MB Nogales Merino, M Jiménez Parras, ML Morales Cevitanes,
J Gea Fernández, EM Fragero Blesa, E Rosell Vergara

Urgencias. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Palabras clave: disnea, derrame pericárdico, ecocardiografía

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

AP: Mujer de 63 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Fumadora habitual 1 paquete/día. Bebedora habitual de 20 g/d. HTA. EPOC. Estudio por SAOS. Síndrome depresivo. Trastorno bipolar (varios intentos de autolisis. Tratamiento: Diltiazem, Lormetazepam, Tranxilium, Quetiapina 50, Rilast, Ventolín, Tramadol/paracetamol. EA: Acude a nuestro Servicio por aumento de su disnea habitual de varios días de evolución, tras estar en reposo por caída con traumatismo en MID. Tratamiento previo con levofloxacino sin mejoría. Niega sensación distérmica, ni semiología respiratoria. Se acompaña de ortopnea de años de evolución, sin progresión en los últimos días. No DPN ni dolor torácico. EF: Consciente, orientada, colaboradora. Obesidad. Taquipneica, saturación basal del 88%. ACR: Tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado con sibilancias aisladas y crepitantes en base izquierda. Aumento del perímetro del MII, Hoffman dudoso. Pulso paradójico. Analítica destaca Hb 12.6, Leucocitos 12100 (con desviación a la izquierda), Dímero D: 2311. Glucosa 169, PCR 47, Ácido láctico 1.8. NTproBNP 928. Rx con cardiomegalia global (imagen en tienda de campaña), pinzamiento bilateral, atelectasia laminar en LMD. Ante la sospecha de tromboembolismo pulmonar y dímero D elevado, se solicita TAC destacando significativo derrame pericárdico, mínimo derrame pleural bilateral, atelectasias a nivel de la llingula y adenopatías mediastínicas, la mayor de 1.8 cm. No signos de TEP. En ecocardiograma se evidencia derrame pericárdico severo de predominio posterior con cambios respirofásicos en el patrón de llenado mitral (signos de compromiso hemodinámico). Válvula Aórtica con buena apertura y con regurgitación ligera con jet central. Evolución: Se realiza pericardiocentesis obteniéndose líquido serohemático, resultado anamopatológico: Frotis de fondo inflamatorio mixto y abundantes macrófagos junto a células mesoteliales reactivos. Negativo a células malignas. Durante el ingreso ha presentado una evolución favorable, con mejoría de la disnea hasta tolerar el decúbito. Se deja drenaje con control ecocardiográfico óptimo con mínimo derrame pericárdico sin signos de compromiso hemodinámico tras retirada del mismo.

Conclusiones:

La sospecha del derrame pericárdico se basa en los síntomas, confirmando la presencia de derrame mediante pruebas de imagen, siendo la primera opción la ecocardiografía, herramienta que está cada vez más presente en los servicios de urgencias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-724

MIOPERICARDITIS AGUDA EN PACIENTE JOVEN

MY Orellana Gómez (1), B López Benítez (2), JM Sánchez Hernández (1), VE Fermín Ramírez (1), MR Frías Hervás (2), JR Cuervo Martín (1), F Reviejo Rodríguez (1)

(1) Centro de Salud Ávila Estación, (2) Centro de Salud Ávila Suroeste

Palabras clave: pericarditis aguda, miocarditis aguda, miopericarditis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Hombre de 23 años, sin antecedentes patológicos. Acude por dolor torácico de 12 horas de evolución de tipo opresivo sin irradiación, mejora con la sedestación e inclinación del tronco hacia adelante. Refiere disnea de grandes esfuerzos con el episodio de dolor. Diagnosticado 3 días antes de Faringoamigdalitis Aguda que se trató con Penicilina im. Actualmente sin fiebre. EF: TA 118/65 mmHg. FC 88 lpm. FR 18 rpm. T 36.8°C. Sat O2 98%. Buen estado general, facies de dolor, sentado con el tronco inclinado hacia adelante. Eupneico. COF: leve hiperemia faríngea. Tórax: Simétrico, Elasticidad y movimientos normales. No dolor a la palpación. AC tonos rítmicos, no soplos, ni roce pericárdico. AP MVC no otros ruidos agregados. Resto normal. En Analítica se observa BIOQUÍMICA: Troponina Alta Sensibilidad 7525.9 pg/ml HEMOGRAMA: Hematocrito, Recuento Leucocitos, Plaquetas, Linfocitos, Neutrófilos, Hemoglobina: normal COAGULACIÓN: INR: normal. Fibrinógeno funcional 745 mg/dl, Actividad de Protrombina 69 %, Tiempo de protrombina 14.1 s BIOQUÍMICA EN SUERO: Potasio, Creatinina, Glucosa, Sodio, Urea: normal PROTEÍNAS: Proteína C reactiva 19.81 mg/dl HORMONAS: Péptido Natriurético Cerebral (BNP): normal. HEMATOLOGÍA: Eritrosedimentación 53 mm BIOQUÍMICA Troponina Alta Sensibilidad 12507.5 pg/ml HORMONAS: T3 Libre, T4 libre: normal. Hormona tiroestimulante (TSH) 0.02 µU/ml. Pruebas Cardiología: ECG: RS a 64 lpm, elevación cóncava del segmento ST en pared inferolateral. ECOT: Ventrículo izquierdo no dilatado ni hipertrófico con buena función contráctil. Insuficiencia mitral trivial. Cavidades derechas normales. No se observa derrame pericárdico. Pruebas Radiológicas: Rx tórax: sin cardiomegalia campos pulmonares sin alteraciones. RMN cardíaca: Estudio compatible con miocarditis focal (realce subepicárdico en segmento basal de cara inferior más evidente en el realce precoz que en el tardío lo que indica componente inflamatorio agudo). Con función biventricular normal. Buena respuesta a Ibuprofeno 600 mg c/8h, permanece asintomático durante 48 horas y es dado de alta con Colchicina.

Conclusiones:

El diagnóstico de pericarditis con afección miocárdica o «miopericarditis» se puede establecer clínicamente. En los casos de pericarditis con sospecha de miocarditis asociada, se recomienda angiografía

coronaria (según la presentación clínica y la evaluación de los factores de riesgo) para descartar un síndrome coronario agudo. La RMC está recomendada para confirmar la afección miocárdica y descartar la necrosis miocárdica isquémica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-725

PACIENTES QUE VUELVEN

J Pascual Fernández, I Sánchez-Íñigo, D Navarro-González,
N López Laguna, O Oger, C Ibero Esparza

Hospital García Orcoyen. Estella, Navarra

Palabras Clave: aneurisma, disección, diagnóstico

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

El aneurisma de la aorta abdominal infrarrenal tiene una prevalencia de hasta 6% en mayores de 60 años. Estos datos han descendido durante las últimas décadas, por el tratamiento intensivo contra los factores de riesgo cardiovascular. El más frecuentemente asociado es la hipertensión (presente en un 75%). Varón de 84 años hipertenso con isquemia crónica de extremidades inferiores de larga evolución. Acude a Urgencias por dolor continuo que no se modifica con los movimientos, en muslo derecho desde hace 12 horas, que irradia hacia fosa iliaca derecha, hipogastrio y zona lumbar. Refiere episodios previos similares. No presenta otra clínica. Mantiene constantes estables. Molestias en fosa iliaca derecha, sin signos de irritación peritoneal. Pulsos femorales, poplíteos y pedios simétricos. Se solicita analítica, radiografía torácica, abdominal y lumbosacra, sin patología aguda. Se administra Paracetamol, presentando mejoría clínica. Se decide ver evolución ambulatoria. A las 12 horas, es derivado por cuadro vagal, dolor en fosa iliaca derecha intenso. A su llegada hipotensión, palidez y sequedad cutánea-mucosa, livideces en abdomen y extremidades. Pulsos presentes. Peristaltismo conservado, abdomen blando, deprimible, dolor a la palpación de fosa iliaca derecha y flanco derecho sin signos de irritación peritoneal. Se canalizaron tres vías, se extrajo analítica, pruebas cruzadas, ECG y se solicitó TC abdominal donde se objetivó hematoma retroperitoneal secundario a hemorragia de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal. Se realizó traslado al hospital de referencia para tratamiento quirúrgico inmediato con evolución satisfactoria. La mitad de los pacientes con ruptura de un aneurisma de la aorta abdominal llegan al hospital y, de éstos, el 30% reciben un diagnóstico erróneo. La tríada que nos hace sospechar: dolor abdominal o lumbar agudo, hipotensión y palpación de una masa pulsátil. Si la ruptura ocurre hacia el retroperitoneo, la hemorragia puede ser contenida en este espacio, alcanzando una supervivencia de 35%, mientras que una ruptura hacia la cavidad peritoneal, la tasa de mortalidad es 97%. La TC es crucial para el diagnóstico, la estratificación del riesgo y el manejo.

Conclusiones:

La sospecha clínica es fundamental para el diagnóstico de disección de aneurisma de aorta abdominal. El retraso en el diagnóstico incrementa la mortalidad.

P-726

DE LA RETENCIÓN AGUDA DE ORINA A LA FIBRILACIÓN VENTRICULAR

S González Caminero, M García Zurita, P Sánchez López,
G Prado Paz, R Díaz Contreras, N Campos Olive

Hospital de Manises. Valencia

Palabras Clave: acidosis, fibrilación, vómitos

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Motivo de consulta. Varón de 75 años que acude acompañado de familiar por supuestos vómitos en poso de café con malestar general y dolor abdominal generalizado de una semana de evolución. Es valorado el día previo en urgencias donde se diagnostica de retención aguda de orina precisando de sondaje al alta. Antecedentes personales no RAM DM Sincopes de repetición en paciente con Enfermedad Alzheimer Tratamiento: distraneurine, duodart, metformina, simvastatina 10. Exploración física meg. Palidez y sudoración profusa. TA 125/76, FC 80, SO2 96% AA Abdomen: timpánico, distendido y doloroso generalizado a la palpación. Resto anodino. Exploraciones complementarias. Bioquímica: PCR 3, creatinina 1.39, urea 59, sodio 138, potasio hemolizado. Hemograma: leucocitos 6630, Hb 16.7, VCM 93.4, plaquetas 274000 Hemostasia: Quick 88.9%, INR 1.05 ECG: sinusal a 75 lpm, extrasístoles auriculares frecuentes, BIRDHH, sin isquemia. -Gastroscoopia: Contenido liquido posiblemente de retención de color marrón claro muy maloliente en esófago distal, estómago y duodeno. Mucosa gástrica congestiva difusa. Polipo sésil en papila, posible ampuloma que se biopsia. Pólipo en cara contralateral con centro deprimido a descartar infiltración/metástasis. Diagnóstico de sospecha: oclusión intestinal.

Conclusiones:

Tras gastroscopia, mientras el paciente se encontraba en observación para completar estudio con TAC abdominal, presenta desconexión con parada respiratoria objetivándose fibrilación ventricular en monitor por lo que se realiza desfibrilación en dos ocasiones con intubación orotraqueal y recuperación de pulso posterior. Durante las maniobras de RCP se consigue extraer gasometría venosa con los siguientes hallazgos: pH 7.01, HCO3 7, K 2.1, lactato 7.4 tras aporte electrolítico se traslada a UCI donde a la llegada de nuevo presenta bradicardia extrema sin pulso que no responde a tratamiento y fallece



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-727

NO ES ANSIEDAD TODO LO QUE PARECE

T Ortega Gómez-Alférez, M Molina Anguita, A Santamaría Marín, C Monroy Gómez, P Torres Delgado, A Jurado Román, F Lozano Ruiz-Poveda

Hospital General Universitario de Ciudad Real

Palabras Clave: tachypnea, stress, tako, tsubo

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 72 años hipertensa que acudió a urgencias por taquipnea siendo triada como crisis de ansiedad. Dos días antes, había comenzado con dolor torácico intermitente, irradiado a escápulas y mandíbula, náuseas y disnea, síntomas intensificados esa mañana en relación a estrés emocional por accidente laboral de su hijo. En la exploración en urgencias, destacaba elevación de tensión arterial y frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno basal 93% con taquipnea, labilidad emocional y auscultación cardíaca con soplo sistólico de predominio mitral. Se realizó un electrocardiograma en el que presentaba ritmo sinusal con elevación del segmento ST inferolateral e intervalo QT alargado. Dados los hallazgos electrocardiográficos, se planteó el diagnóstico diferencial de crisis de ansiedad frente a síndrome coronario agudo (SCA). Por ello, pasó al Box Vital donde se administró oxígeno, doble antiagregación y solinitrina mejorando parcialmente. Se interconsultó con la unidad de cuidados intensivos (UCI) que tras valorarla, decidió ingreso a su cargo. A continuación, se realizó cateterismo describiendo un ventrículo izquierdo moderadamente hipertrofiado con fracción de eyección conservada, disquinesia apical e hipercontractilidad de segmentos mediobasales de todas las caras con colapso a nivel medioventricular y sin evidenciar lesiones angiográficas, hallazgos compatibles con Tako-Tsubo. Respecto a los marcadores cardíacos, presentó un pico de CPK de 310, CK-Mb 31.6 y Troponina I 3.7. Durante el ingreso en UCI, se inició tratamiento precoz con betabloqueante. Además, persistían los síntomas de ansiedad que desaparecieron con ansiolíticos. Después, pasó a Cardiología donde evolucionó favorablemente, confirmándose el diagnóstico al alta por normalización del segmento ST con aparición de ondas T negativas y profundas en precordiales, y visualización en ecocardiograma de un ventrículo sin acinesias con recuperación de diámetros y contractilidad.

Conclusiones:

El síndrome de Tako-Tsubo es una entidad que mimetiza clínica, analítica, electrocardiográfica y ecocardiográficamente un SCA. Apoyan el diagnóstico una arteriografía sin obstrucción coronaria, así como la forma típica del ventrículo con posterior resolución de las anomalías en la contractilidad del mismo. Aparece en mujeres postmenopáusicas y es frecuente tras una situación estresante. Es importante en el tratamiento la introducción precoz de betabloqueantes y anticoagulación, presentando a largo plazo buen pronóstico y rara recurrencia.

P-728

PACIENTE JOVEN CON DIARREA PERSISTENTE: MEGACOLON TÓXICO

Jl Omiste Martínez, T Fernández Letamendi, N Fernández Letamendi, M Angulo Tabernero, R Sanmartín Berraquero, L Usieto López

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Palabras Clave: dyarrea, colytis, anemia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 22 años sin antecedentes de interés que acude a Urgencias por cuadro de diarreas de 1 semana de evolución. Se ha empezado a preocupar porque se encuentra cansada, son muy numerosas y en las últimas ocasiones ha aparecido sangre. A su llegada a Urgencias: TA:95/55 mmHg, FC:100, satO₂:99%, temperatura de 38,2°C. La primera impresión es de gravedad. Se explora a la paciente de forma completa. Consciente, orientada. Normocoloreada. AC: rítmica sin soplos. AP: normoventilación. ABD: blando, doloroso de forma difusa, peristaltismo conservado, no se palpan masas. En la piel llama la atención en región pretibial, dos lesiones enrojecidas, planas y dolorosas que impresionan de eritema nodoso. En ese momento la paciente refiere poliartralgias desde hace unos días que ella relacionaba a proceso gripal. Solicitamos as, ecg, radiografía tórax y abdomen y ecografía urgente. Y comenzamos tratamiento precoz por sospecha de debut de enfermedad inflamatoria intestinal de forma grave según los criterios de actividad de Truelove-Witts (escala que mide el índice de actividad del brote en la colitis ulcerosa, dividiéndola en leve o grave). Obteniendo datos de gravedad. Cuando llegan los datos de la analítica destaca leucocitosis con neutrofilia, anemia con hb:9 y hematocrito disminuido, act. protombina:46, VSG:130. En la radiografía se observa dilatación de asas (impresiona dilatación de intestino grueso) de forma segmentaria. Recomiendan completar estudio con TAC abdominal si se considera oportuno puesto que la correlación clínica-radiológica es de Megacolon tóxico. Se deriva a la paciente a unidad de cuidados intensivos para vigilancia extrema de constantes vitales y alta sospecha de inicio de shock séptico secundario.

Conclusiones:

Se debe de reconocer esta entidad por su criterio de gravedad. El desencadenante pudo ser la toma de antidiarreicos (que ella tomo por su cuenta los primeros días al creer que se trataba de una gastroenteritis viral).



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-729

A PROPÓSITO DE UN CASO: PACIENTE CON SÍNCOPE DE REPETICIÓN

E Duque Castilla (1), J Gutiérrez Vera (1), M Alarcón Meléndez (2), E Fernández Torres (1), R Silva Señor (1)

(1) DCCU. Algeciras, (2) UGC Los Barrios. Algeciras, Cádiz

Palabras Clave: heart arrest, atrioventricular block, bradycardia

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 77 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus insulino dependiente con retinopatía diabética, artrosis, no cardiopatía isquémica. TRATAMIENTO CRÓNICO: insulina NPH, insulina rápida en pauta bolo-basal, telmisartan 80 mg/hidroclorotiazida 25 mg, tramadol 37,50/paracetamol 325 mg. Diazepam 2,5 mg. Avisan por cuadro de desvanecimiento con pérdida de conciencia y recuperación espontánea de la misma que se repiten desde hace una semana, de 2-3 segundos de duración y recuperación espontánea del nivel de conciencia. Aporta informe y ECG del servicio de urgencias del hospital del día anterior donde se describe un ECG en ritmo sinusal a 64 lpm, sin bloqueos ni alteraciones de la repolarización. A nuestra llegada Consciente, orientada y colaboradora, ASINTOMÁTICA. Buen estado general, bien hidratada y perfundida. ACR: rítmica a 55 lpm, sin soplos. Mv conservado bilateral. TA 120/60 mmHg, glucemia 158 mg/dl, temperatura 36,1, FR 12, saturación 97% sin O₂. Se realiza ECG que muestra BLOQUEO AV DE 2 GRADO CON CONDUCCION 2:1 Se mantiene monitorización cardíaca continua de la paciente, mientras se canaliza la vía venosa periférica la paciente empieza a encontrarse mal, en el monitor se aprecia un BLOQUEO AV DE SEGUNDO GRADO MOBILIT II progresando a ASISTOLIA CON ONDAS P (BLOQUEO COMPLETO) en el momento del síncope de unos 2-3 s de duración hasta recuperación espontánea del nivel de conciencia y reinstaurándose el ritmo inicial detectado al inicio de la asistencia. Se procede a la sedo analgesia para colocación de marcapasos transcutáneo, y perfusión de isoproterenol. La paciente llega estable al servicio de urgencias del hospital, sin nuevos episodios sincopal, con MARCAPASOS TRANSCUTÁNEO funcionando. Se traslada a UCI para colocación de marcapasos definitivo.

Conclusiones:

Destacar la importancia de seguir los protocolos establecidos para el manejo del síncope y establecer el diagnóstico diferencial. La monitorización cardíaca continua permite detectar de forma precoz entidades clínicas más graves y llevar un control del marcapasos y de la actividad eléctrica durante la asistencia. La correcta transferencia de la paciente entre los equipos de extrahospitalaria y hospital permite una optimización de los tiempos, una mejora en la calidad asistencial y un menor riesgo vital para la paciente.

P-730

¡QUE ME AHOGO!

O Zhygalova Zhygalova (1), AC Matía Cubillo (2), M Rodrigo Rodríguez (3), J Grunewald Ortiz (3), I González Prada (3), F Richard Espiga (3), F Callado Moro (3)

(1) Urgencias. Hospital Universitario de Burgos, (2) Gerencia de Atención Primaria, (3) Urgencias. Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: dyspnea, respiratory insufficiency, pneumonia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 67 años que acude porque desde esta mañana se ahoga. Anamnesis: en el último mes disnea progresiva con dolor costal izquierdo de características mecánicas, tos seca ocasional, apirético, sin palpitaciones. Antecedentes personales: DM tipo 2, HTA, hipercolesterolemia, obesidad e isquemia arterial crónica de MMII, ex-bebedor y fumador. Tratamiento: Metformina 1 gr (1-0-1), olmesartan/amlodipino/HCTZ 40/10 /12.5mg (1-0-0), fenofibrato 145mg (0-0-1), Pentoxifilina 600mg (1-0-1), AAS 100mg (0-1-0) y omeprazol 20mg (1-0-0). Exploración física: TA=142/70 mmHg, FC=132 lpm, T°=36,2°. SatO₂=85%, FR=24 rpm. Consciente, orientado y colaborador, bien hidratado, sudoroso, con tiraje intercostal con palidez mucocutánea. Taquipneico. Ingurgitación yugular. AC: taquicardia sinusal con soplo pansistólico II/VI. AP: roncus dispersos y crepitantes bibasales. EEII: edema con fovea bilateral hasta rodilla. No signos de TVP. Exploraciones complementarias: RX Tórax: Condensación alveolar con broncograma aéreo en LSI, compatible con neumonía. Pinzamiento de senos costodiafragmáticos en relación con pequeño derrame bilateral. Analítica: QH: Glucosa=195 mg/dl, PCR=28 mg/l resto Normal. Troponina de alta sensibilidad=44 ng/l, proBNP=7609 pg/ml. SS: leucocitos=15,9 mil/mm³ con neutrofilia, Hb=12,2 g/dl, Hct=39,7%, resto Normal. Coagulación: Normal, incluido el dímero D. GAB: pH=7.25, pCO₂=38, pO₂=54, HCO₃=16.7. ECG: RS a 117 lpm, sin alteraciones repolarización. Diagnóstico diferencial: Las principales causas orgánicas de disnea en esta edad, son el TEP, infección respiratoria, insuficiencia cardíaca, EPOC reagudizado y neoplasias. Diagnóstico final: Insuficiencia cardíaca aguda. Insuficiencia respiratoria aguda no hipercápnica. Probable neumonía LSI. Evolución: Se administró aerosol con bromuro de ipratropio/ salbutamol 0,5mg/2,5 mg, actocortina 200 mg, cloruro mórfico 6mg y furosemida 40mg vv, se inicia VMNI y VMK al 26%. Se inicia tratamiento empírico con levofloxacino 500mg vv e ingresa en Cardiología para estudio. Ecocardiograma, sugerente de endocarditis aórtica y mitral con insuficiencia aórtica y mitral severas.

Conclusiones:

La disnea de reciente aparición, es un síntoma frecuente en Urgencias del Hospital, en muchas ocasiones subyace una enfermedad grave y requiere una intervención inmediata, por lo que la historia clínica debe ser breve y orientada mientras se realiza la exploración física. Se debe instaurar tratamiento precozmente en función de la posible etiología.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-731

DOLOR DESCENDENTE

R Soriano Arroyo (1), C Piccone Saponara (2), C Montes Castillo (3), M Clemente Yélamos (3), K De Vita Sanoja (3), L Muñoz Fernández (4)

(1) Hospital Universitario del Tajo. Aranjuez (2) Hospital Universitario del Tajo. Aranjuez (3) Hospital Universitario La Paz, (4) Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid

Palabras Clave: acute pain, aortic rupture, paresthesia

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

ANTECEDENTES. Varón de 61 años fumador activo de 40 paquetes-año, con antecedentes de hiperlipemia no tratada. **HISTORIA.** Acude a urgencias por presentar desde hacía aproximadamente unas 2 horas dolor retroesternal de intensidad severa irradiado a espalda y a pierna derecha, con sensación de parestesias en dicho miembro, además de comenzar de forma paralela con un claro cortejo vegetativo. **EXPLORACIÓN** Mal estado general, consciente y orientado, taquipneico, perfusión disminuida y palidez leve en pierna derecha. Auscultación inicial: tonos rítmicos a unos 90 lpm. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen: blando y globuloso, sin dolor ni defensa, con ruidos hidroaéreos no aumentados y sin soplos. Miembros inferiores: pulso femorales no presentes, con miembros fríos pero con buena coloración. Miembros superiores: con pulsos conservados, además de buena perfusión y coloración. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS** ECG: ritmo sinusal a unos 80 lpm, eje 90°, sin bloqueos ni alteraciones de la repolarización. Analítica inicial: hemograma, coagulación, bioquímica con biomarcadores cardíacos sin alteraciones. AngioTAC: Disección aórtica tipo A de Stanford, con dilatación aneurismática de raíz/aorta ascendente con diámetro máximo de aproximadamente 5.5 cm. Ecocardiograma: Flap a nivel de la unión senotubular sin afectación de válvula aórtica, con insuficiencia aórtica leve y fracción eyección conservada. **EVOLUCIÓN** Se realizó cirugía urgente mediante resección de raíz y aorta ascendente e interposición de tubo valvulado con reimplante de botones coronarios y prótesis tubular en hemiarco. Tras 24 horas el paciente se estabilizó hemodinámica y respiratoriamente permitiendo la disminución de soporte inotrópico y vasopresor. En los controles radiológicos se evidenciaron datos de neumotórax izquierdo importante (desde la base hasta apex) con repercusión gasométrica que fue resolviéndose tras la evacuación del mismo. **DIAGNÓSTICO** Disección aórtica tipo A de Stanford Neumotórax izquierdo a tensión PLAN El paciente actualmente se encuentra ingresado en planta pendiente de ajuste de tratamiento antihipertensivo y evolución clínica.

Conclusiones:

La clínica de dolor interescapular irradiada caudalmente a región lumbar puede hacernos sospechar en una afectación vascular, con sólo pensar en la disposición anatómica de la aorta. La curiosidad de nuestro caso fue la predominancia clínica de dolor y parestesias en miembro inferior derecho en el momento de nuestra primera atención.

P-732

CUANDO EL CONSUMO DE TÓXICOS NO ES LA EXPLICACIÓN... AUNQUE LO PAREZCA

MJ Cardeñosa Cortés, MI Perea Casado, E Gutiérrez Madrid, G Llopis García, P Matías Soler, R Cuervo Pinto

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Palabras Clave: hidrocefalia, tóxicos, agitación

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Varón de 29 años sin antecedentes relevantes que acude con desorientación temporo-espacial y amnesia de un día de evolución. Durante el fin de semana asiste a un festival de música con sus amigos con consumo excesivo de alcohol, pero negaba otros tóxicos. Un amigo que lo acompaña a urgencias refiere que ese día se fueron a las 6 am sin que el paciente hubiese presentado alteraciones del comportamiento o lenguaje ni episodios de desconexión del medio. En torno a la una de la tarde, su compañero de piso lo oye toser muy fuerte, cuando llega está asomado a la ventana como si se asfixiara. Al hablarle lo único que dice es ¿joder? reiteradamente, con una expresión extraña y cuando le intenta agarrar para ver lo que ocurre se encuentra nervioso y agresivo. **EXPLORACIÓN FÍSICA:** buenas constantes y afebril. Exploración física: normal. Exploración neurológica: orientado en persona pero con desorientación temporo-espacial, lenguaje espontáneo y gramaticalmente correcto. No obedece órdenes. Reflejo de amenaza en ambos ojos. Resto sin alteraciones. Analítica: 19990 leucocitos (N 77,8%, L 14,04%) y CK 416 U/L, resto sin alteraciones. Gasometría: lactato ligeramente elevado. Tóxicos en orina: negativos. **EVOLUCIÓN:** en Urgencias el paciente emite un grito y comienza con convulsiones tónico-clónicas, sin claro inicio focal. No existen claros desencadenantes salvo consumo de alcohol y privación del sueño. Se solicita TAC craneal objetivándose hidrocefalia triventricular por estenosis del acueducto de Silvio, observándose colapso de los surcos cerebrales secundarios al proceso. Se le plantea la colocación de drenaje ventrículo-peritoneal, que rechaza, solicitando alta voluntaria. **JUICIO CLÍNICO:** Hidrocefalia triventricular secundaria a estenosis del acueducto de Silvio con primera crisis comicial secundaria al proceso.

Conclusiones:

El abuso de tóxicos es frecuente en paciente jóvenes y, sobre todo, en determinadas situaciones sociales. En ocasiones, cuando un paciente acude a Urgencias refiriendo consumo de tóxicos en los días u horas previas, se intenta achacar la clínica al consumo de dichas sustancias. Por ello, es importante realizar una buena exploración física y neurológica, consumo de tóxicos y solicitar pruebas de imagen que se requieran (TAC en este caso) para descartar organicidad incluso cuando la organicidad no sea la primera sospecha diagnóstica



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-733

HIPOCALCEMIA POR HIPOMAGNESIA Y DÉFICIT DE VITAMINA D EN PACIENTE CON ILEOSTOMÍA

E P M (1), F Moreno Calatrava (2), M Gil López (2), AB Rojas Ramírez (2)

(1) Hospital La Inmaculada. Almería, (2) Hospital Comarcal La Merced. Osuna, Sevilla

Palabras Clave: hypocalcemia, ileostomy, magnesium deficiency

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 47 años, intervenida de adenocarcinoma de recto en los 2 años previos, y que en el último mes había sido sometida a una cirugía de reconstrucción con anastomosis colorrectal e ileostomía de protección. Ingresa en observación por calambres musculares y parestias en manos, pies y región peribucal. Presenta una hemoglobina de 11,1 g/dl, calcio de 5,99 mg/dl, potasio 3,9 mEq/l, magnesio 0,6 mg/dl. Se pauta calcio endovenoso y magnesio para corregir niveles y se le da el alta con calcio oral 500 mg c/8h. A los 25 días la paciente acude a urgencias por la misma sintomatología, hipocalcemia (6,31 mg/dl), no se pide magnesio. Se le administra calcio endovenoso, mejorando la sintomatología y se procede al alta añadiendo vitamina D c/12h. La paciente vuelve a urgencias por la misma causa a los 5,14 y 18 días, en cada ingreso se le administra calcio endovenoso y se procede al alta. En el último ingreso se le realiza niveles de magnesio observándose un magnesio en 0,5 mg/dl (hipomagnesemia severa). Se pauta calcio iv y magnesio iv. Se ingresa en medicina interna para su estudio. La paciente presenta un cuadro malabsortivo por ileostomía de alto flujo con déficit de 25-OH-vitamina D (10,75 nmol/l), calcio y magnesio. La paciente es dada de alta, con 1 ampolla de sulfato magnésico oral c/24h mas Calcio 600 mg + 400 UI vit D c/12 h. A los 10 días es revisada por oncología y le suspenden los suplementos, por normalidad iónica. 7 días después, la paciente vuelve a urgencias con calcemia de 7,97 mg/dl. Se le pauta Calcio 600 mg/VitD400 UI c/12 h y 1 ampolla de sulfato magnésico en días alternos. Plantago Ovata c/12 h, para reducir la velocidad del tránsito. La paciente no vuelve a ingresar mas por ese motivo.

Conclusiones:

Las fistulas de alto débito en ileostomías producen alteraciones electrolíticas como hipomagnesemia, hipocalcemia e hipopotasemia, estas dos últimas no se corrigen con suplementos hasta que los niveles de magnesio están dentro de la normalidad. La suplementación de magnesio continuada es fundamental por cuadro malabsortivo. El déficit de vitamina D también es común en ileostomías y empeora la hipocalcemia.

P-734

HEMATOMA ABDOMINAL ESPONTÁNEO EN PACIENTE CON ANTICOAGULANTES ORALES

MJ Rodríguez Ourens, B Vilaboy Arias, M García Rodríguez, A Piera Carbonell, O Rodríguez Maroto

Hospital de Cabueñes. Gijón, Asturias

Palabras Clave: hematoma, abdominal wall, anticoagulant therapy

Ámbito del caso:

Historia clínica:

Mujer de 72 años con antecedentes personales de tabaquismo, Diabetes mellitus tipo II con Retinopatía, Hipertensión Arterial, Dislipemia, Isquemia crónica de extremidades inferiores, Fibrilación Auricular con criterios de anticoagulación oral según la escala CHADS. Hace tratamiento con: calcio antagonistas, Antagonistas de los receptores de angiotensina II, Estatina, Antidiabéticos orales y anticoagulación con Acenocumarol. Acude al servicio de Urgencias por dolor abdominal en fosa iliaca izquierda y vacío izquierdo de 24 horas de evolución de inicio súbito, continuo que se modifica con los cambios posturales y la sedestación. Estreñimiento, no asocia fiebre ni vómitos (sí náuseas) ni síndrome miccional. Exploración física Temperatura 36,1 °C. Tensión arterial 136/63 Frecuencia cardíaca 87 latidos / minuto. Auscultación cardio pulmonar normal, Abdomen doloroso a la palpación superficial en fosa iliaca izquierda con efecto masa que no se modifica con maniobras de Valsalva. Peristalsis positiva. Pruebas analíticas Hemograma Hemoglobina 10,5 gr/dl, leucocitosis con desviación izquierda (15550 leucocitos con 88% de neutrófilos). Bioquímica: Glucemia 195 mg/dl, Urea 71 mg/dl Creatinina en suero 1,45 mg/dl con Sodio y potasio normales. PCR 85 mg/L. Coagulación con tasa de protrombina 22%. INR 3,11 y orina con más de 100 leucocitos/campo, abundante flora bacteriana. Serie obstructiva normal. Se solicita TAC abdominal informado con imagen de morfología fusiforme, heterogénea con áreas de alta atenuación que mide 3x9x3,4 cm de diámetro anteroposterior, craneocaudal y transversal respectivamente compatible con hematoma de recto anterior izquierdo. Ante estos hallazgos la paciente es dada de Alta al domicilio, se suspende Acenocumarol y se pauta Enoxaparina 40 mg al día con revisión en Consultas externas de Cirugía general en 3 semanas. Valorada en consultas externas informan la exploración con reducción del hematoma a 5 cm de diámetro craneocaudal y se mantiene el tratamiento con Enoxaparina 1 semana más para luego reintroducir el Acenocumarol.

Conclusiones:

El hematoma recto anterior espontáneo es una complicación infrecuente de la anticoagulación oral que afecta más al sexo femenino. Su tratamiento mayoritariamente es conservador con suspensión del anticoagulante pero puede conllevar a un abdomen agudo que requiera tratamiento quirúrgico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-735

IAM SIMULTÁNEO EN DOS HERMANOS. UN CASO DE SÍNDROME DE TAKOTSUBO

JF Rodríguez Fernández, M Zamora Sierra, IE Esteve Ruiz,
E Montero Romero

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Palabras Clave: myocardial infarction, takotsubo syndrome,
myocardiopathy

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente que está con su hermano cuando éste sufre un infarto agudo de miocardio y es trasladado al hospital. Tras ser informada de la gravedad del estado de su familiar, la paciente comienza con dolor centrotorácico opresivo irradiado a mandíbula, junto con palpitaciones y ansiedad intensa. Es trasladada al servicio de urgencias, se realiza ECG, (normal), y se trata con benzodiazepinas, quedando asintomática, por lo que es alta. Horas después comienza con dolor centrotorácico de mayor intensidad, así como cortejo vegetativo. Se realiza otro ECG en el que se objetiva una FA a 120 lpm aprox, con un hemibloqueo anterior izquierdo, eje de 30°, escaso crecimiento de R hasta V4 y un segmento ST rectificado. La paciente pasa a Observación, cediendo el dolor, sin medicación. Posteriormente, vuelve a presentar dolor, junto con ECG con bradicardia en torno a 35-40 lpm, así como ondas T negativas simétricas y profundas y QTc largo. Se administró salbutamol con buena respuesta. En analítica destaca una elevación de troponina con un pico de 289ng/l.

Conclusiones:

El Takotsubo (o síndrome del corazón roto) es una miocardiopatía por estrés que se comporta como un síndrome coronario agudo, aunque la fisiopatología en este caso no se conoce bien. Se postula que una descarga catecoláminica, pueda inducir o bien vasoespismo microvascular que a su vez produzca un aturdimiento miocárdico o bien por un efecto tóxico sobre el miocardio. La paciente tipo es una mujer, postmenopáusica, que ha sufrido una situación estresante inesperada. Aunque la mortalidad intrahospitalaria es inferior al SCA (entre un 0 y un 8% según estudios), y el pronóstico es favorable en la mayoría de los casos, con recuperación total, esta patología puede acarrear una serie de complicaciones como son insuficiencia cardíaca, taquiarritmias, bradicardia y shock cardiogénico). En este caso en particular, la paciente fue diagnosticada inicialmente como una crisis de ansiedad, dado que toda la sintomatología (e incluso la propia paciente) apuntaba a ello y fue dada de alta. Es por eso que presentamos este caso, para reforzar los posibles diagnósticos diferenciales ante una situación que es bastante común en nuestras Urgencias, como son las crisis de ansiedad.

P-736

PERICARDITIS AGUDA

S Francesena González (1), S Rivas Menéndez (1), FJ Martínez Rodríguez (1), P Agüera Fernández (1), D Fernández Gonzalo (1),
P Fernández Rodríguez (2)

(1) Hospital Valle Nalón, (2) Centro Salud La Felguera.
Oviedo, Asturias

Palabras Clave: pericarditis, ibuprofeno, troponina

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Varón. 27 años. Fumador de 20 cig/d. No antecedentes médico quirúrgicos. Motivo de consulta: Amigdalitis hacía 4 días tratada con benzetacil. 24 horas previas a la consulta, opresión centrotorácica autolimitada sin irradiación ni cortejo vegetativo de unos minutos de duración. Acude por presentar dolor de características similares desde hace unas horas. El dolor mejora en sedestación y empeora en inspiración profunda. Exploración física: AC, RsCsRs sin soplos ni rones. AP, anodina. TA 100/60. SatO2 98%. Pruebas complementarias centro salud: ECG: sinusal. Eje normal a 70 lpm. Elevación ST en II, III, aVF, V3, V4 y V5. Depresión en aVR. Ondas T picudas en V3, V4 y V5. Se administra cafinitrina sublingual. Se canaliza vía venosa y se deriva a urgencias de hospital de referencia en UVI móvil. Se contacta con unidad de coronarias de hospital de referencia por alteraciones electrocardiográficas que rechaza el caso por no tratarse de código corazón. A su llegada, asintomático. Troponina I 13.13. CK 583. Resto de bioquímica, hemograma y coagulación, anodino. Rx tórax normal. Troponina I a las 6 horas de inicio del dolor, 25. Impresión diagnóstica: miopericarditis aguda. Pasa a UCI donde permaneció 24 h. Durante el ingreso hospitalario, se realiza ecocardiograma transtorácico que resulta normal. Es dado de alta, tres días después del ingreso hospitalario por buena evolución, permaneciendo asintomático desde el punto de vista cardiológico tras inicio de tratamiento con AINEs. Afebril, estable hemodinámicamente, sin arritmias en la monitorización ECG. Juicio clínico Miopericarditis aguda. FEVI conservada sin alteraciones de la contractilidad segmentaria. Tratamiento Abstinencia absoluta de fumar. Reposo relativo durante una semana. Omeprazol 20 mg un comprimido al día antes del desayuno. Ibuprofeno 600 mg durante un mes en dosis descendente. Revision en consultas de Cardiología tras dos meses que fue dado de alta del proceso.

Conclusiones:

Muy importante por los médicos de Urgencias extra o intrahospitalarias tener siempre en cuenta la sospecha clínica de pericarditis para poder tomar medidas urgente y vigilar estrechamente al paciente para control de posibles arritmias y de parámetros de daño miocárdico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-737

FIEBRE POR *S. INTERMEDIUS*

S Juárez de Sosa, J Boado Lama, C Gómez Sánchez, J Martínez Illera, JM Palomero del Río, MP López Díez, J Grünwald Ortiz

Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: absceso, *S. intermedius*, fiebre

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente varón de 35 años con AP de asma bronquial, que acude a urgencias por presentar en las últimas 96 horas, fiebre, mal estar general, 3 deposiciones diarreicas y 3 vómitos. Es ingresado en UCEU por dicho cuadro, donde se recogen hemocultivos, coprocultivos, ante la sospecha de sepsis grave (plaquetopenia, fallo renal e hipotensión), se solicita ecografía abdominal, donde se evidencia absceso hepático de 3,6cm. Se inicia antibioterapia empírica y es ingresado en UCI por mantener estado de sepsis grave. Durante su estancia en dicha unidad se le realiza, drenaje percutáneo de dicho absceso. Tanto en la muestra de hemocultivo como la muestra procedente del absceso se aísla *Streptococcus intermedius*. Pasó a planta de medicina interna donde permaneció estable y desde donde fue dado de alta.

Conclusiones:

Los abscesos del hígado constituyen una alteración rara pero grave, en donde la etiología más frecuente es piógena. Mundialmente, la causa principal de abscesos hepáticos es la *Entamoeba histolytica*, un patógeno que es raro en occidente. Los síntomas que presentan son inespecíficos e incluyen dolor en el hipocondrio derecho, náuseas, vómitos, pérdida de peso y malestar general, combinado clásicamente con una pirexia oscilante. Esto contribuye a la dificultad para hacer el diagnóstico. Antes de la década de 1980, el drenaje quirúrgico fue el pilar del tratamiento para los abscesos hepáticos pero, más recientemente, la radiología intervencionista se ha vuelto la principal opción de tratamiento, quedando la intervención quirúrgica reservada para los casos no resueltos. El grupo *S. intermedius* se caracteriza por su tendencia a formar abscesos parenquimatosos a distancia, especialmente cerebrales o hepáticos, a partir de bacteriemias que, generalmente, proceden de infecciones de la esfera ORL (ya sean abscesos dentales, faringitis, sinusitis, otitis media...) o gastrointestinales (abscesos hepáticos, colangitis, peritonitis, apendicitis...). Estudios recientes señalan al grupo *intermedius* como responsable del 60 al 80% del total de los abscesos subdurales en niños, ya sean solos o junto a otros anaerobios. La endocarditis de esta etiología está relacionada con pacientes oncológicos. Así mismo, la presencia de *S. intermedius* en orofaringe puede dar lugar a neumonía por aspiración, que puede complicarse con empiema pleural.

P-738

SHOCK ANAFILACTOIDE POR PICADURAS DE MOSQUITOS

C Gómez Sánchez (1), S Juárez de Sosa (1), M Mejía Castillo (1), JM Palomero del Río (1), J Martínez Illera (1), FJ Castrillo Quiñones (2)

(1) Hospital Universitario de Burgos, (2) Centro de Salud Santa Elena. Zamora

Palabras Clave: anafilaxis, culicidae, norepinephrine

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Varón de 82 años con antecedentes personales de HTA y prostatismo en tratamiento con cardurán neo. El día del ingreso el paciente acude a pescar solo a las 6:30 horas de la mañana. Al llegar al lugar ve una gran nube de mosquitos que comienzan a picarle y sale corriendo. Mientras se dirigía a su coche comienza con disnea intensa sin dolor torácico ni cortejo vegetativo y mareo sin poder concretar si sufrió pérdida de consciencia tras sentarse. Fue trasladado a un centro de atención primaria por sus hijos, donde le administraron 60mg de urbasón y polaramine intramusculares y posteriormente remitido a nuestro hospital. A su llegada se encontraba clínicamente asintomático, con tendencia a la hipotensión (93/50 mmHg), taquicárdico (110) y con saturación y temperatura normales. En la exploración múltiples lesiones por picadura y petequias periorbitarias y palpebrales, auscultación cardiopulmonar normal y resto sin datos relevantes. Pruebas complementarias: Análítica: Hemograma: Hb 16.2, leucocitos 16700, Ne 93.5%, Eos 0%, Pl 167000. Coagulación: TP 91%, TTPA 24.7, Fibrinógeno 273000, D-dímeros 0.8. Bioquímica: Glu 165, urea 36, Cr 1.71, ionograma normal, CK 127, CKMB 4, Troponina T 47, Triptasa 2.38. ECG: RS. 100lpm, BRDHH y hemibloqueo anterior izquierdo. Rx tórax: no cardiomegalia, condensaciones ni derrames. Tratamiento: Monitorización, cargas de volumen (hasta 3000 ml de SSF y 500 ml de gelafundina), ranitida iv cada 12 horas, corticoterapia (40mg/12h) y sondaje vesical. Ante la persistencia de la hipotensión y presencia de oliguria (100 ml en 5 horas) se procede a ingreso en UCI. Evolución: Durante el ingreso el paciente sufrió fallo hemodinámico, renal, metabólico y plaquetopenia. Manejado con dosis altas de noradrenalina, presentó mejoría progresiva de los fallos orgánicos, siendo dado de alta siete días después con diagnóstico de shock anafilactoide.

Conclusiones:

Inicialmente se planteó diagnóstico diferencial con cardiopatía isquémica, tromboembolismo pulmonar y anafilaxia como causas del shock, descartando estas razonablemente y llegando al diagnóstico final de shock anafilactoide por cifras de triptasa normales. Las reacciones anafilactoides no se originan por mecanismos inmunológicos y presentan la misma clínica y precisan el mismo tratamiento que las anafilácticas, pudiendo ser mortales si no reciben la asistencia adecuada. La triptasa, que se eleva en la anafilaxia, permanece normal en las reacciones anafilactoides, lo que nos permite diferenciarlas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-739

MUJER DE 54 AÑOS CON DIFICULTAD RESPIRATORIA Y ALTERACIONES NEUROLÓGICAS SIN FIEBRE

A Ramírez Fernández (1), A Mesa Vega (2), S Pendón Fernández (2), MD Pérez López (2), A Arana Bravo (2)

(1) Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía DCCU Torrox, (2) Hospital de la Axarquía. Vélez-Málaga, Málaga

Palabras Clave: neumonía, legionella, diarrea

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

AP: 54 años NAMC, fumadora de 40 paq/año, bebedora moderada, consumidora de drogas esporádicamente, Cáncer de cérvix conización. Activa, cuidadora de ancianos. Cuadro de agitación psicomotriz y agresividad de 2-3 días de evolución con negatividad a ser atendida. Los días previos acudió personal del DCCU, no pudieron atenderla por negarse. La semana anterior estuvo en Huelva y posteriormente en un spa. A los pocos días GEA y fiebre alta sin tos ni cuadro catarral, tratamiento dieta, líquidos y antitérmicos, con mejoría. Tras 4 días, deterioro cognitivo con agitación psicomotriz y agresividad, escasa ingesta de alimentos sólidos ni líquidos salvo alcohol, provocando vómitos, por lo que avisan de nuevo al DCCU. En el domicilio encuentran a la paciente postrada en el suelo muy agresiva, negándose a ser atendida. EF: MEG cianosis central y periférica, taquipnea, sequedad de piel y de mucosas, obnubilada, con alucinaciones visuales y auditivas, no pérdida de conciencia no fiebre, neurológicamente sin otra focalidad, no colaboradora y desorientada totalmente CyC: No rigidez de nuca ni signos meninges, ACP: Hipoventilación generalizada con crepitantes más en HT izq y silbilantes, tonos cardiacos no audibles por los ruidos respiratorios. ABD: normal EEl: No edemas, cianosis con livideces con mala perfusión periférica TA: 90/60, SpO2: 84% basal, Fc: 120 lpm, EKG: Taquicardia sinusal. DD: Bronconeumonía por aspiración con afectación neurológica. Brote psicótico con broncoaspiración tras intoxicación etílica Encefalitis herpética. Shock séptico respiratorio con hipoxemia y encefalopatía. Distrés Respiratorio del Adulto. Plan: Traslado HC de referencia. O2, sueroterapia Analítica: Acidosis respiratoria, Insuficiencia renal (Creat: 6.26), Leucocitosis con Neutrofilia, marcadores de sepsis grave PCR: 523, Procalcitonina: 26, Hiponatremia leve, Ag Legionella en orina: positivo. Rx Tórax: Condensación parénquima pulmonar izq, infiltrado en pulmón DJD: Neumonía por Legionella con insuficiencia respiratoria grave y deterioro neurológico. Evolución: Ingresa en UVI por PCR por AESP, siendo necesario SVA e IOT, con recuperación de pulso. Sigue en UVI.

Conclusiones:

Caso aislado de neumonía extrahospitalaria grave por Legionella y shock séptico. Llama la atención el deterioro neurológico y distrés respiratorio, datos infrecuentes de presentación. Es vital, investigar enfermedades (GEA, fiebre), viajes previos para contextualizar el cuadro y determinar el antígeno de legionella en orina precozmente para diagnóstico y tratamiento precoces debido a la alta mortalidad

P-740

DOCTORA, SI SÓLO VENÍA POR UNA CAÍDA...

R Parada López, C Hidalgo Collazos, B García Marina, J Penedo Arrugueta, Z Jiménez Bretones, C Gimeno Galindo, C Bibiano Guillén

Hospital Infanta Leonor. Leganés, Madrid

Palabras Clave: hematuria, lesión renal aguda, traumatismo

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 80 años, alérgica a AAS, con AP de cardiopatía isquémica tipo angina estable controlada con clopidogrel, simvastatina y atenolol, que acude a urgencias por caída accidental hace 72 horas. Presenta traumatismo craneoencefálico sin pérdida de conocimiento y hematuria sin coágulos desde hacía unas horas. No otros síntomas. TA 156/72 FC 93 SatO2 98% Afebril. Buen estado general, bien hidratada y perfundida. Rítmica, sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Hematoma en región costal derecha baja, no doloroso. No crepitantes ni deformidades. Abdomen blando y depresible, no masas, no doloroso. PPRB negativa. Neurológico: sin focalidad. Glasgow 15. AS (Hb 12.6, coagulación normal, creatinina 0.75, PCR 129.7 mg/L), TAC craneal normal, Rx de tórax y parrilla costal sin hallazgos, y orina (proteínas 100 mg/dl, nitritos POSITIVO, hematíes > 100/ campo, leucocitos 20/ campo, bacteriuria). La paciente se va de alta a domicilio, pendiente de urocultivo, con diagnóstico de hematuria en paciente antiagregada, en relación a posible infección urinaria, y traumatismo craneoencefálico leve, citándose control en 72 horas. Al día siguiente acude de nuevo por hematuria franca asintomática, que no aclara con ingesta hídrica y antibioterapia con cefalosporina de 3º generación. Dado el antecedente traumático, se decide TAC de abdomen en el que se objetivan signos de sangrado activo en riñón izquierdo (lesión de 9.6 x 8.5 cm sugestiva de lesión quística con signos de sangrado reciente y lesión de vía excretora: rotura grupo calicial medio. Líquido libre en pelvis). La paciente continúa estable hemodinámicamente. Urocultivo negativo. Tras solicitar nuevo hemograma y pruebas cruzadas, urología decide derivación urinaria urgente. Tras 72 horas presenta anemia Hb 9.4 g/dL, solicitándose TC urgente -> doble J en uréter izquierdo normoposicionado. Hematoma renal izquierdo 10 x 9.5 cm, aumentado de tamaño. Continúa identificándose extravasado del contraste. Ante la situación de fuga urinaria se decide nefrectomía por bajas posibilidades de cierre espontáneo.

Conclusiones:

La hematuria en ocasiones constituye un síntoma transitorio de poca significación, pero puede ser el único síntoma de una enfermedad grave que requiera actuación urgente. Requieren especial atención los traumatismos, más aún si el paciente toma fármacos antiagregantes y/o anticoagulantes.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-741

PRIMERA CRISIS CONVULSIVA EN PACIENTE HEPATÓPATA

C López Villar, C Laserna del Gallego, C del Pozo Vegas, JV Esteban Velasco, EA Serrano Lacouture, A Hambardzumyan

Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Palabras Clave: convulsiones, encefalopatía hepática, estreñimiento

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 53 años que es traído a Urgencias por su pareja, quien refiere pérdida brusca de conciencia con movimientos tónico-clónicos con secreción espumosa por la boca que recupera espontáneamente a los cinco minutos. Como antecedentes personales destacan carcinoma epidermoide de lengua con laringectomía total + vaciado cervical + hemiglossectomía derecha, fumador y bebedor habitual. La mujer refiere que días previos, presenta mayor agresividad y desorientación, así como estreñimiento de tres días de evolución. Niega fiebre. EXPLORACIÓN: consciente, desorientado y escasamente colaborador, con presencia de astérisis. Auscultación cardíaca: rítmico, no soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, no ruidos añadidos. Abdomen: blando y depresible, sin signos de peritonismo, con hepatomegalia de dos dedos de través. Extremidades inferiores sin edemas ni signos de TVP. ANALÍTICA: Hb 12.3, hematocrito 36%, plaquetas 154000. Coagulación: normal. Urea 24, creatinina 0.85, proteínas totales: 8.7, GOT 76, CK 294, lactato 152, amoníaco: 281, procalcitonina 0.07, lactato 152. Drogas en orina: positivo a etanol. GASOMETRÍA ARTERIAL BASAL: sin alteraciones significativas. ECOGRAFÍA ABDOMINAL: hepatomegalia con aumento de LI, aumento difuso de ecogenicidad concordante con esteatosis/hepatopatía, no LOES. TAC CEREBRAL: atrofia corticosubcortical y cerebelosa para la edad del paciente. No se aprecian lesiones ocupantes de espacio. A su ingreso se pauta tratamiento con laxantes y rifaximina. Más tarde, se añade al tratamiento distraneurine por la presencia de síndrome de abstinencia alcohólica. DIAGNÓSTICO: crisis convulsiva tónico-clónica secundaria a encefalopatía hepática en paciente con cirrosis enólica.

Conclusiones:

La encefalopatía hepática es una de las complicaciones de la cirrosis hepática. El cuadro de este paciente posiblemente se precipitara por la asociación de mantener la ingesta enólica y el estreñimiento de 3 días de evolución, hechos que aumentan la retención de amoníaco en el organismo. Tratando los factores precipitantes se mejora la clínica en un 40-70% de los casos, por lo que se inicia tratamiento con laxantes. En el diagnóstico diferencial de este caso, también se tuvieron en cuenta posibles lesiones estructurales intracraneales y otras encefalopatías metabólicas o tóxicas.

P-742

EL ABSCESO PRESACRO, UNA ENTIDAD EXCEPCIONAL DENTRO DE LOS ABSCESOS INTRAABDOMINALES CON MÚLTIPLES CAUSAS

JL Martínez Fernández, AF Perea Fernández, C Fernández Alcalá
Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras Clave: absceso abdominal, causas, teratoma

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente varón de 47 años sin antecedentes de interés, que acude reiteradamente al servicio de urgencias hospitalarias por cuadro inespecífico de dolor abdominal continuo de localización baja en hipogastrio y zona suprapúbica, junto con sensación de tenesmo y dolor irradiado a zona genital, disuria y alguna deposición diarreica, febrícula de 37,5. La exploración resulta reiteradamente anodina. En analítica solo destaca neutrofilia y desviación izquierda persistente con PCR en aumento, inicialmente sobre 60 que alcanza valores de 200 en el último ingreso. En pruebas de imagen iniciales, radiografía de tórax y abdomen normal, por lo que se le solicita en el último ingreso de urgencias TAC abdominal con contraste i.v. informándose de colección prerrectal de 4,5x5,5 cm con contenido líquido hipodenso, en cuyo interior se visualiza imagen de densidad calcio con morfología semilunar inespecífica, y burbujas de gas adyacente. La colección impronta en vesículas seminales y en continuidad con la pared anterior del recto. Los hallazgos sugieren proceso inflamatorio en relación con recto-sigma con absceso asociado. Se ingresa e interviene de urgencias con drenaje transanal de absceso, evolucionado favorablemente y con TAC de control informando de imagen nodular de densidad grasa con calcificación periférica, en pelvis menor junto a pared posterior del sigma, ya presente estudio previo(aunque englobada por la colección existente en pelvis) que podría corresponder con necrosis grasa o teratoma, se recomienda control de la misma. Se da de alta con dx de absceso presacro por cuerpo extraño, y TAC de control en 4 meses por la recomendación.

Conclusiones:

El absceso presacro es un cuadro infrecuente y excepcional dentro de los abscesos intrabdominales, su diagnóstico es por TAC abdominal-pelvico y normalmente requiere tratamiento quirúrgico. Las causas del absceso presacro son infrecuentes y raras, a destacar: cuerpos extraños, empalamiento anal, complicación de Enfermedad inflamatoria intestinal (formación de fistula y absceso), tuberculosis y tumores presacros (la infección del tumor puede resultar en un absceso, un seno drenante o un tracto fistuloso en los espacios para-sacroccógeos, perirrectal o perianal). En los tumores, son más frecuentes los benignos y dentro de ellos el más frecuente el teratoma.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-743

ESQUISENCEFALIA COMO CAUSA DE ESTATUS EPILEPTICO

V Álvarez Fernández, I de la Cruz Couto, E Sáez Barrasa,
B Cáceres Murillo, S García Santisteban, P Blanco Lapeña,
A Cid Fernández

Hospital Universitario de Álava

Palabras Clave: estado epiléptico, anomalías congénitas, discapacidades del desarrollo

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Lactante de 4 meses trasladado en UVI móvil por estatus convulsivo. Refiere la madre desconexión del medio y movimientos tónico-clónicos de las 4 extremidades bruscamente mientras estaba tomando lactancia materna. A la llegada de emergencias convulsión activa con hipertensión generalizada, desviación de la mirada a la derecha y saturación O₂ 80% que mejora con oxigenoterapia en mascarilla de alto flujo. Administran midazolam intranasal. Tras conseguir acceso venoso, dos dosis de midazolam endovenoso. Colocan mascarilla reservorio y guedel. Durante traslado a hospital persisten episodios de hipertensión generalizada. Afebril. No infecciones interrecurrentes. No ingesta de tóxicos. No episodios previos. ANTECEDENTES: Embarazo controlado desde semana 24. Parto a término. Sin controles pediátricos posteriores. EF: TEP alterado: comportamiento anormal, desconexión del medio, postura en opistótonos. Pupilas ISCN. FA normotensa. Palidez cutánea. Pulsos palpables. TA 70/33, FC 200 lpm, FR 50 rpm, glucemia: 233, Sat O₂ 100% con mascarilla reservorio. ACP: normal. No lesiones cutáneas. PC: Analítica sanguínea y gasometría venosa normales. TAC craneal: amplias hendiduras corticales bilaterales de predominio izquierdo que comunican corteza frontoparietal en ambos hemisferios cerebrales con ventrículos laterales ipsilaterales. En el lado izquierdo mayor extensión posteroinferior con afectación frontoparietotemporal, encontrándose reemplazado en su totalidad en lóbulo parietal. Se objetiva la porción más distal del cuerpo y espleno del cuerpo calloso, sin visualización de la porción más anterior del mismo. Esquisecefalia frontoparietal bilateral de labio abierto. EVOLUCIÓN: Llegada a Urgencias en posición de opistótonos. Se administra bolo de fenitoína y SSH 3%. Persistencia de convulsión y necesidad de asegurar vía aérea realizándose secuencia rápida de intubación con desaparición completa de la clínica. Tras estabilización inicial se traslada a UCI pediátrica DIAGNÓSTICO: Estatus epiléptico Esquisecefalia de labio abierto

Conclusiones:

La esquisecefalia es un raro trastorno de la migración neuronal caracterizado por presencia de hendiduras que, atravesando el hemisferio cerebral, se extienden desde la superficie endimaria de ventrículos laterales hasta el revestimiento pial de la corteza estando tapizadas por sustancia gris anormalmente constituida. Clínicamente se caracteriza por: trastorno motor, discapacidad intelectual y crisis convulsivas (más de 1/3 crisis de difícil control). El diagnóstico es mediante neuroimagen, que perfila la extensión del proceso, siendo factor pronóstico motor e intelectual.

P-744

SÍNCOPE CARDIOGÉNICO

S García Santisteban, V Álvarez Fernández, I de la Cruz Couto,
E Sáez Barrasa, B Cáceres Murillo, P Blanco La Peña,
A Cid Fernández

Centro de Salud San Martín. HUA Txagorritxu. Vitoria, Álava

Palabras Clave: mareo, ecocardiograma, estenosis aortica

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

ANTECEDENTES PERSONALES. Hipercolesterolemia, DM tipo 2 en tratamiento con insulina, Fumador 2 puritos/día. AF: Hermano con cardiopatía congénita, Padre estenosis aortica. Tratamiento habitual: Adiro 100mg, Simvastatina, Lantus 32Ui, Metformina/sitagliptina. ENFERMEDAD ACTUAL. Paciente de 57 años, trasladado por UVI móvil por síncope y dolor torácico. Estando previamente bien, comienza sobre las 22.00h con opresión centrotorácica no irradiada de segundos de duración, seguido de mareo y pérdida de conocimiento de unos 3 minutos, recuperación posterior completa. No pérdida de control de esfínteres ni traumatismo craneoencefálico. A su llegada al servicio de urgencias, asintomático. EXPLORACIÓN FÍSICA Normocoloreado, eupneico. Temperatura 35.5°C, TA 120/88, FC 88, SatO₂ 97%, Glucemia 260mg/dl. AC: rítmica, soplo sistólico en foco aortico. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen anodino. EEII sin edemas, pulsos simétricos. No signos de TVP. Neurológicamente: consciente y orientado, Glasgow 15. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS ECG (UTE): ritmo sinusal a 85 lpm, de ST en DII, DIII, aVF, V4 y V5 ? administran adiro 200mg + clopidogrel 300mg. ECG (urgencias): ritmo sinusal a 75 lpm, datos de HVI sin descenso de ST. Sangre: Glucosa 268, Tnl ultrasensible 13.4pg/ml, tras seriación: 138.1. Iones, creatinina, hemograma, formula leucocitaria y coagulación normales. Rx tórax sin consolidaciones ni signos de insuficiencia cardiaca. Ecocardiograma: VI no dilatado, hipertrofia septal moderada. FE >55%. Ausencia de alteraciones segmentarias en la contractilidad. Al dilatada, disfunción diastólica. VAo esclerocalcificada severa con doble lesión aortica. Estenosis aortica severa e insuficiencia EVOLUCIÓN Durante su estancia en el servicio de urgencias permanece asintomático. Tras resultados de ecocardiograma, se ingresa en cardiología por síncope cardiogénico, secundario a estenosis aortica severa. Durante el ingreso se realiza coronariografía, objetivándose enfermedad coronaria bivaso (CD proximal 50% y DA distal 90%). Se traslada a Hospital de Basurto para intervención quirúrgica de estenosis aortica. JUCIO CLÍNICO. Estenosis aortica severa. Enfermedad coronaria bivaso.

Conclusiones:

El síncope es una patología muy frecuente en el servicio de urgencias. Un numero importante de ellos son de origen vaso-vagal, pero es de vital importancia prestar atención a la clínica para descartar el síncope cardiogénico. La realización de ecocardiograma de urgencia, permite realizar el diagnóstico de certeza.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-745

PERICARDITIS

S García Santisteban, V Álvarez Fernández, B Cáceres Murillo, E Sáez Barrasa, I de la Cruz Couto, P Blanco La Peña, A Cid Fernández

Centro de Salud San Martín. HUA Txagorritxu. Vitoria, Álava

Palabras Clave: pericarditis, dolor torácico, electrocardiograma

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

ANTECEDENTES PERSONALES. No factores de riesgo cardiovascular. Deportista. Sin tratamiento habitual **ENFERMEDAD ACTUAL.** Varón de 53 años, acude por dolor torácico opresivo, irradiado a espalda que le despierta de madrugada estando en la cama. Aumento de dolor con inspiración profunda y movimientos. Refiere leve sensación de disnea. El paciente había sido valorado por mismo dolor 12h antes en el servicio de urgencias con analítica sanguínea, radiografía de tórax y electrocardiograma normales, dado de alta con diagnóstico de dolor torácico inespecífico. **EXPLORACIÓN FÍSICA** Normocoloreado, eupneico. Temperatura 37.1°C, TA 147/76, FC 90, SatO2 100% (aire ambiente). AC: rítmica, sin soplos ni rones. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen anodino. EEII sin edemas, pulsos simétricos. No signos de TVP. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS** ECG (dolor 7/10): ritmo sinusal a 90 lpm, descenso de PR de manera difusa, sin alteraciones en la repolarización. ECG (sin dolor, a las 2h): ritmo sinusal a 78lpm, elevación de ST en DII, DIII, aVF, V4 ¿V6 Sangre: lones, creatinina normales. PCR 18. Tnl ultrasensible 2.1pg/ml, tras seriación: 3pg/ml. Hemograma, fórmula leucocitaria y coagulación normales. Rx tórax sin consolidaciones ni signos de insuficiencia cardíaca. Ecocardiograma de urgencia: Contractibilidad normal. No derrame pericárdico no signos de taponamiento cardíaco. **EVOLUCION** Mejoría de dolor tras administración de analgesia. Ante hallazgos electrocardiográficos y ecocardiográficos, se diagnostica de pericarditis aguda y se decide alta con analgesia. **JUCIO CLÍNICO.** Pericarditis aguda

Conclusiones:

El dolor torácico es un motivo de consulta muy frecuente en el servicio de urgencias. En ocasiones se trata de patología banal pero es de vital importancia la realización de una historia clínica, una exploración física y la realización de un electrocardiograma para poder filiar los casos que precisan de mas estudios. En el caso que nos ocupa, el electrocardiograma realizado en la primera visita al servicio de urgencias es rigurosamente normal. Transcurridas 12 h, se objetivan las alteraciones electrocardiográficas típicas de la pericarditis. La realización del ecocardiograma, permite descartar complicaciones de pericarditis como son el derrame pericárdico y la miopericarditis.

P-746

UTILIDAD DE LA RADIOLOGÍA CONVENCIONAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE LAS FRACTURAS COSTALES

AM Maldonado Santiago, V Piña Martín, JM Martínez Martínez, MA Rojo Martín, A Duarte Carazo

Hospital Torrecárdenas. Almería

Palabras Clave: radiografía, fractura, neumonía

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 39 años sin antecedentes de interés que acude a Urgencias, por caída casual golpeándose sobre hemitórax derecho con unos peldaños. Se le realiza radiografía de tórax en la que no se evidencia fractura costal. El paciente es derivado a su domicilio con analgesia y observación. Sin compromiso hemodinámico, ni respiratorio y con control del dolor. Vuelve a acudir a urgencias a los 10 días, con cuadro de dolor en costado derecho, sensación de dificultad respiratoria y fiebre de 39°C. Exploración: FC 115 lpm. Saturación de 92% T° de 39°C Se vuelve a realizar Radiografía de tórax y se evidencia en esta ocasión fracturas de arcos costales derechos desplazados del 5° al 9° con condensación en Lóbulo inferior derecho. Confirmándose mediante TAC con contraste. Quedando el paciente ingresado para estabilización clínica y seguimiento con tratamiento antibiótico, analgésico y fisiopatología respiratoria.

Conclusiones:

La radiología torácica aporta mucha información en el politraumatizado de inicio, nos aporta una visión global. Pero presenta baja especificidad y sensibilidad para el diagnóstico de las fracturas costales. Sólo se permiten visualizar el 50% de las fracturas costales. Por lo que hay que tener en cuenta el mecanismo lesional y el impacto del traumatismo para la búsqueda exhaustiva de las lesiones, así como buscar las lesiones subyacentes a la fractura si la sospecha clínica es alta. Al paciente con sospecha de fractura costal se le debe realizar un estudio radiológico del tórax, para poder diagnosticar si es posible la existencia de fractura y sobre todo las frecuentes lesiones intratorácicas asociadas. El TAC va a aportar más información, detecta hasta un 65% de complicaciones: Pero no debe realizarse de rutina. Si no reservado para los casos seleccionados (alto impacto sobre todo mecanismos de desaceleración, radiografía patológica postraumática).



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-747

NO TODO VIENE DE LOS NERVIOS

P Gutiérrez García, J Oliva Ramos, A Delgado de Paz, A Portela Martín, E Hernández Bay, S Díez Morales, M García Alonso

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Palabras Clave: síndrome depresivo mayor, atelectasia, carcinoma epidermoide bronquial

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Mujer, 70 años, SAMC, DMII que trata con metformina, fumadora, depresión mayor en tratamiento con escitalopram 20mg en seguimiento por psiquiatría. Acude a urgencias refiriendo un cuadro de dos meses de evolución de abdominalgia sin náuseas, vómitos, diarreas ni estreñimiento, con marcada hiporexia, astenia generalizada y pérdida de 5 kg de peso, además refiere tristeza, llanto y nerviosismo generalizado por problemas personales (hijo esquizofrénico con reagudizaciones frecuentes). Exploración física: Adenopatías laterocervicales de mayor tamaño en lado izquierdo, borramiento leve de surco nasogeniano izquierdo con discreta desviación de comisura bucal. Auscultación cardiopulmonar rítmica sin soplos, con una discreta hipofonía en hemitórax izquierdo y sibilancias leves en bases, abdomen y extremidades sin hallazgos. Abordable. Ansiedad flotante con apetito disminuido, no sintomatología psicótica ni alteraciones sensorio-perceptivas. No ideas autolíticas. Insomnio de conciliación. Hipótesis Diagnósticas: Síndrome Depresivo Mayor. Efecto adverso gastrointestinal de Metformina. Bronquítica crónica sin diagnosticar. Síndrome constitucional a estudio. Exploraciones complementarias: Ante los hallazgos clínicos exploratorios: analítica general en la que destacaba una discreta poliglobulia (Hb 17 gr/dl, Hto 52%) con función renal e ionograma normales y una Rx Tórax patológica: disminución de volumen de hemitórax izquierdo, aumento de densidad en campo superior y desplazamiento de estructuras mediastínicas hacia la izquierda con elevación del hilio ipsilateral. Diagnóstico: Atelectasia pulmonar a estudio. Síndrome Constitucional. Sd. Ansioso-Depresivo en seguimiento. Evolución: Ante los hallazgos clínicos y radiológicos se la cita desde el servicio de urgencias de manera preferente en consulta neumología de proceso tumoral para continuar con el estudio y realización de pruebas complementarias (TAC toracoadominal, broncoscopia y PET), siendo diagnosticada de Carcinoma Epidermoide Bronquial (T1N0M0), operada dos meses después en servicio C. Torácica.

Conclusiones:

La paciente había acudido en reiteradas ocasiones a su MAP, catalogada como hiperfrecuentadora. Ante un paciente diagnosticado de un trastorno psiquiátrico y que refiere manifestaciones clínicas que pueden relacionarse con el mismo debemos de ser cautos, obviar por un momento el diagnóstico y realizar una buena exploración física completa tratando de excluir toda causa orgánica que pueda ocasionar los síntomas antes de catalogarlos como manifestaciones físicas del mismo.

P-748

ME DUELE LA TRIPA

VE Fermín Ramírez (1), MR Frías Hervás (2), JM Sánchez Hernández (1), MY Orellana Gómez (1), B López Benítez (3), AJ Macías López (4)

(1) Centro de Salud Ávila Estación. Ávila, (2) Centro de Salud Ávila Sur-Oeste. Ávila, (3) Centro de Salud Ávila Suroeste. Ávila, (4) Facultativo Especialista de Área. Urgencias, Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila

Palabras Clave: síndrome mieloproliferativo, esplenomegalia, leucocitosis

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 38 años sin antecedentes de interés. Desde hace 5 días dolor en hipocondrio izquierdo, que aumenta progresivamente, irradiado a región dorsal ipsilateral, exacerbado con la ingesta y respiración, acompañado de náuseas, estreñimiento, sensación distérmica no termometrada y escalofríos. Pérdida de 4 Kg el último año. Sensación de calor desde agosto 2015. No viajes recientes. TA: 113/57 mmHg. T: 37.4° FC: 75 lpm. BEG. En la Exploración destaca: Palidez cutánea-mucosa. Abdomen: RHA disminuidos. Doloroso a la palpación profunda en hipocondrio izquierdo. Percusión renal ipsilateral positiva. Hígado palpable a 3 cm debajo del reborde costal. Esplenomegalia de 11 cm dolorosa a la palpación. Microadenopatías inguinales. Resto normal. Analítica presenta: coagulación, glucemia, creatinina, urea, iones y sistemático de orina normales. Destaca: HEMOGRAMA: Hemoglobina 8.5 g/dl, Hematocrito 29.4%, VCM 95.3fl, Leucocitos 378.200 mm³, Neutrófilos 347.900 mm³, Linfocitos 11.000 mm³, Eosinófilos 12.900 mm³, Plaquetas 464.000 mm³. Frotis: LIN: 1% SEG: 38% CA: 10% METAS: 18% MIELOS: 16% BLASTOS: 3% BIOQUÍMICA: Ácido úrico 7.2 mg/dl, GGT 87 U/l, LDH 1249 U/l, PCR 1.68. Se realizó Ecografía Abdominal objetivándose: Discreta hepatomegalia, voluminosa esplenomegalia, sin lesiones focales. Conforme a la clínica y alteración del hemograma sugiere Síndrome Mieloproliferativo. Tras ingreso, se realizó biopsia ósea con aspirado para morfología, biología molecular y citometría de flujo que concluyó: LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA BCR/ABL-1 POSITIVA. Inició tratamiento cito-reductor con hidroxiurea y alopurinol. Dos semanas después, franca mejoría analítica: Hemoglobina 10.5 g/dl, Hematocrito 32.8 %, Leucocitos 40.800 mm³, Neutrófilos 33.800 mm³, BIOQUÍMICA: Urea 51 mg/dl, GGT 89 U/l, LDH 260 U/l. Resto normal. Diagnóstico: LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA BCR/ABL-1 POSITIVA. Diagnóstico diferencial Infecciones (leishmania), corticoterapia, estados de shock, hemólisis o hemorragias agudas, otros síndromes mieloproliferativos o tumores metastásicos.

Conclusiones:

Los procesos mieloproliferativos crónicos inicialmente suelen presentar síntomas inespecíficos: astenia, palidez, pérdida de peso, pesadez postprandial, saciedad precoz o abdominalgia derivados de la esplenomegalia. La mayoría de los pacientes presentan el cromosoma Philadelphia+. El objetivo del tratamiento es eliminar las células que contienen dicho cromosoma. Imatinib y Dasatinib son fármacos de primera línea, aunque hidroxiurea, también es frecuentemente utilizado. Indican mal pronóstico edad avanzada, marcada leucocitosis o proporción de blastos, esplenomegalia gigante y afectación grave de otras series.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-749

LA LUNA DE MIEL DEL HEMATOMA EPIDURAL

M González López, P Lupiañez Seoane, A Santamaría Marín, C Monroy Gómez

Hospital General de Ciudad Real

Palabras Clave: hematoma, craneal, epidural

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 14 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés que mientras disputaba un partido de fútbol en posición de portero, a los 20 minutos de partido (alrededor de las 11:20 A.M), recibe un cabezazo de otro jugador, el paciente pierde el conocimiento unos segundos y solo recuerda a su entrenador mojándole la cara. Continúa el partido finalizándolo (90 minutos). Se ducha y vuelve a casa alrededor de las 13:00 h. En el trayecto, comienza con náuseas y un vómito tras comer medio bocadillo, con tendencia a la somnolencia. Acuden al servicio de urgencias alrededor de las 14:00, el paciente se encuentra pálido, con náuseas y malestar general, pero no ha vuelto a presentar vómito. Se le realiza exploración neurológica con Glasgow 15/15, pupilas isocóricas y normorreactivas, radiografía de cráneo donde no se objetivan fracturas, ni hundimientos. Pasa a observación para iniciar tolerancia oral y ver evolución. Alrededor de las 16:00 h. se comienza con tolerancia oral e inmediatamente, el paciente presenta vómito, se solicita TAC craneal con resultado de fractura a nivel de pterion y hematoma epidural, el paciente continúa con Glasgow 15/15. Se avisa inmediatamente a neurocirugía para valoración y drenaje si procede.

Conclusiones:

El hematoma epidural constituye aproximadamente el 1% de los ingresos por Traumatismo craneoencefálico. Debido a las horas de evolución variable y que presenta el periodo de 'luna de miel' en el que el paciente no presenta clínica, es fácil dar de alta a los pacientes con una exploración neurológica completamente normal, presentándose en horas posteriores con disminución del nivel de conciencia, rigidez de nuca o hemiparesias. Constituye pues, una urgencia neurológica que debe ser sospechada en traumatismo de este tipo y tratada de inmediato para evitar complicaciones mayores.

P-750

DOCTOR, NO PUEDO RESPIRAR

L Alegre Ramos (1), E Fernández Rodríguez (2), V Ruiz Abad (3), L Pérez González (4), A Pérez González (4)

(1) Centro de Salud Las Torres, (2) Centro de Salud San Agustín, (3) Centro de Salud José Luis Santamaría, (4) Centro de Salud Cristóbal Acosta. Burgos

Palabras Clave: mesotelioma, derrame pleural, pleura

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

El mesotelioma es un tumor que deriva de la superficie mesodérmica de la cavidad celómica embrionaria, que posteriormente dará lugar a la pleura, al pericardio, al peritoneo y a la tunica vaginalis del testículo. El mesotelioma puede aparecer en cualquiera de las estructuras de origen mesodérmico mencionadas más arriba, pero la presentación más frecuente es la pleural. En Europa se estima la incidencia en 20 casos por millón/año, pero en todo caso se prevé un aumento global, en función del largo periodo de latencia entre exposición y manifestación de la enfermedad, que se sitúa alrededor de los 40 años, con un amplio margen entre los valores extremos. Basándose en el consumo de asbesto se ha estimado que el pico de máxima incidencia de mesotelioma se registrará alrededor del año 2020 en Europa. Material o pacientes y método: Varón de 69 años con antecedentes de asma bronquial en tratamiento con Seretide. No fumador. Funcionario de profesión. Acude a urgencias por tos seca de 4 días de evolución, acompañada de dolor costal derecho de características pleuríticas y disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos. No síndrome constitucional. En la exploración física destaca hipoventilación en hemitórax derecho. Analítica sin alteraciones. La radiografía de tórax muestra derrame pleural derecho masivo con desviación de estructuras mediastínicas. El paciente ingresa en Neumología para estudio y drenaje tras lo cual se observa engrosamiento pleural en radiografía de control. En TC torax: afectación neoplásica pleural. Implantes pleurales a nivel de pleura costal, mediastínica y diafragmática. Adenopatías mediastínicas, retrocraurales izquierdas y subpectoral izquierdo. Se realiza BAG: hallazgos compatibles con mesotelioma maligno. Resultados: Diagnóstico definitivo: mesotelioma pleural derecho T4N2M1. Inicio tratamiento citostático con cisplatino-alimta.

Conclusiones:

El mesotelioma puede presentar inicialmente un cuadro clínico de disnea, y también es muy frecuente que se acompañe de dolor pleural. En etapas precoces es rara la pérdida de peso o cualquier otra sintomatología, aunque más adelante suele aparecer marcada retracción del hemitórax, y el dolor adquiere especial intensidad y persistencia. Desde la década de los 50 se conoce la asociación de este tumor con el asbesto. La radiografía de tórax constituye el primer paso para el diagnóstico, pero el TAC y biopsia pleural es esencial. Dadas las dificultades de un diagnóstico precoz, es infrecuente que se consiga un tratamiento curativo mediante cirugía radical.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-751

SÍNDROME DE WATERHOUSE-FRIEDRICHSEN

M Muñoz Carril, S Pérez López, J Barea Aleixandre,
A López Vázquez

Hospital General Universitario de Valencia

Palabras Clave: shock, exantema, bacteriemia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Presentamos el caso de un paciente de 54 años con antecedente de esplenectomía postraumática que acude a urgencias por fiebre de alto grado y exantema micropapular y petequeal cutáneo generalizado de inicio súbito. Exploración física Glasgow 14, desorientación espacio-temporal y agitación psicomotriz, con respuesta verbal incoherente. Tensión arterial 80/50 mmHg, pulsioximetría no valorable por hipoperfusión periférica, auscultación cardiopulmonar normal. Electrocardiograma ritmo sinusal a 120 lpm. Analítica pH 6.9, pO₂ 20 mmHg, lactato 12.9, creatinina 3.8, urea 90.2, neutrófilos 19.600, plaquetas 21.000, Índice Quick 26.9%, glucosa 39 mg/dl, parámetros de hemostasia no coagulan, proteína C reactiva 39.4. TC cerebral, radiografía de tórax y ecocardiograma sin hallazgos. Ante la sospecha de coagulación intravascular diseminada y shock séptico secundario a infección de sistema nervioso central, se inicia antibioterapia empírica, se administra un concentrado de plaquetas, factor IX de coagulación y se procede a intubación orotraqueal y traslado a Unidad de Cuidados Intensivos, realizándose punción lumbar tras normalización de parámetros hemostáticos. Se administra profilaxis antibiótica con Ciprofloxacino 500 mg a contactos. Resultados: Hemocultivo positivo para *Neisseria meningitidis*. Síndrome de Waterhouse-Friedrichsen secundario a meningitis por *N. Meningitidis*.

Conclusiones:

Las infecciones del sistema nervioso central están aumentando en prevalencia. Debemos tener en cuenta esta posibilidad tanto en pacientes inmunocomprometidos como en pacientes sanos y actuar inmediatamente con maniobras de soporte vital y antibioterapia empírica ante la mínima sospecha, pues se trata de un cuadro de potencial letalidad y la rapidez en la actuación puede determinar la evolución.

P-753

ME NEGARÁS TRES VECES...

FJ Favá García, MP Ortega Mercader, AG Ardila Soto,
R Vallejo Hernández, E Mora Bastante

Hospital El Escorial. San Lorenzo de El Escorial, Madrid

Palabras Clave: infarto, aneurisma, desfibrilación

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Objetivo: enfocar la atención de un paciente crítico en un hospital comarcal sin cardiólogo de guardia, sin servicio de hemodinámica ni unidad de cuidados intensivos disponibles. Paciente y método: varón de 69 años, obeso, hipertenso, dislipémico y fumador, con aneurisma de aorta torácica descendente y de aorta abdominal infrarrenal, que entra en nuestro servicio de urgencias en parada cardiorrespiratoria. Ritmo inicial de asistolia que, tras maniobras de RCP pasó a FV de grano fino, logrando posteriormente revertir a un fibriloflutter auricular con latido espontáneo y TA 88/60. En ECG se objetivó elevación del ST en cara inferior, sin poder descartar rotura del aneurisma torácico como causa desencadenante del proceso. Tras estabilización, entró en TV monomorfa sostenida que rápidamente derivó a FV, por lo que hubo que reiniciar maniobras de RCP. Veinte minutos después, nuevo episodio de FV, revertido nuevamente tras tercera desfibrilación. No se realizó TAC torácico diagnóstico por extrema inestabilidad hemodinámica del paciente, por lo que fue trasladado finalmente a nuestro hospital de referencia donde, tras descartar complicación aórtica con TAC toracoabdominal, se trasladó a hemodinámica evidenciando estenosis proximal moderada-severa del 70% de la coronaria derecha dominante y oclusión trombótica aguda del 100% en segmento medio, resueltos mediante aspiración del trombo, dilatación con balón y colocación de stent (posteriormente precisó nueva revascularización percutánea programada con implantación de 2 stents en DA proximal y Cx proximal). Tras ingreso en UCI y Cardiología durante un mes, fue dado de alta a su domicilio.

Conclusiones:

En un Hospital comarcal, sin la presencia de una unidad de cuidados intensivos y sin servicio de cardiología de guardia, el médico de puerta se encuentra en muchas ocasiones en una encrucijada diagnóstica y terapéutica. Sin embargo, las carencias logísticas en muchas ocasiones no impiden que ciertos pacientes, pese a encontrarse en la peor de las situaciones, puedan acudir a un hospital comarcal y llegar con vida a la camilla de un quirófano especializado o a una sala de hemodinámica en un hospital de mayor nivel. Este paciente se paró hasta en tres ocasiones y las tres veces se le negó tal situación.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-754

UN DOBLE INFARTO

**M Neila Iglesias, E Jiménez Martínez, L Sánchez Manzano,
G Nacarino Moreno, C Díaz Sánchez, F Minaya González,
E Gallego Curto**

Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres

Palabras Clave: síndrome coronario agudo, accidente isquémico transitorio, embolia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 41 años con antecedentes personales de: fumadora, asma bronquial, tratamiento con hierro oral por anemia sin filiar, tomadora de anticonceptivos orales e intervenida hace un año de conización cervical, acude a Urgencias por molestia centrotorácica opresiva que se acompaña de sudoración profusa y vómitos junto a dificultad para la movilización del brazo derecho. Se inició hace una hora y media mientras desayunaba. Su marido comenta que al inicio del cuadro hablaba de forma ininteligible y tenía desviación de la comisura bucal hacia la derecha. Niega ingesta reciente de tóxicos. Exploración física: Tensión arterial 116/70 mmHg, Frecuencia cardíaca 70 latidos, Saturación de oxígeno al 98%. Tonos cardíacos rítmicos, sin auscultarse soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado sin otros ruidos a la auscultación. Habla inteligible, con nominación y repetición conservadas, no alteraciones de pares craneales. Presenta claudicación de miembro superior derecho en maniobra de Barré. Pruebas complementarias: Analítica: Hemoglobina 9,7 g/dL, Hematocrito 33,6, Leucocitos 8400 mill/mm³, Plaquetas 332 mil/mm³, Creatinina 0,58 mg/dL, Urea 17 mg/dL, LDH 490, Creatinquinasa MB 103,7 ng/mL, Troponina T cardíaca 1197 ng/L, Mioglobina 241,1 ng/mL, TTPa 52 segundos, Actividad Protrombina 75%, INR 1,2. En electrocardiograma se objetiva ritmo sinusal a 70 latidos con supradesnivelación del ST de hasta 2 mm de V2-V6. TAC cerebral: sin hallazgos que sugieren proceso isquémico agudo. Pruebas de tóxicos positiva para cocaína, fenilciclidina y marihuana. Diagnóstico de sospecha: Síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) anterior e ictus isquémico. Diagnóstico diferencial: síndrome coronario agudo, TEP, neumotórax, síndrome aórtico, ansiedad, síndrome coronario por consumo de cocaína, reflujo gastroesofágico, ictus isquémico/hemorrágico, migraña con aura, accidente isquémico transitorio (AIT). Manejo y evolución: Se realizó coronariografía urgente objetivándose arterias coronarias sin lesiones, con presencia de trombo a nivel de la arteria descendente anterior distal que se aspira sin complicaciones. Posteriormente se realizó TAC cerebral sin objetivarse lesiones sugerentes de isquemia aguda, tras lo que ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos. Presentó una buena evolución a lo largo del ingreso, con desaparición de la clínica neurológica y sin afectaciones segmentarias de la contractibilidad miocárdica. Diagnóstico final: SCACEST anterior embólico y AIT carotídeo izquierdo de probable origen embólico y fuente desconocida.

Conclusiones:

Realizar una anamnesis detallada y una exploración física completas es fundamental en las sospechas de síndrome coronario agudo, ya que si hubiésemos realizado una anamnesis y exploración dirigidas habríamos obviado el AIT.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-755

DERRAME PERICÁRDICO SEVERO CON DATOS ECOGRÁFICOS DE COMPROMISO HEMODINÁMICO SECUNDARIO A TRATAMIENTO CON NILOTINIB

LJ Arce Segura, E Díaz Vera, P Tranche Álvarez-Cagigas, Y López Albarrán, G Peña y Lillo Echeverría, R Rodríguez Calveiro, C Carrasco Vidoz

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

Palabras Clave: ecografía, derrame pericárdico, pericardiocentesis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

La disnea, motivo de consulta frecuente en Urgencias, puede suponer un reto diagnóstico. Mujer, 60 años. Exfumadora. Hipertensión, diabetes y dislipemia en tratamiento. Leucemia mieloide crónica en remisión completa. Tratamiento: Nilotinib. Dos episodios de derrame pleural por Dasatinib. ANAMNESIS Acudió a urgencias por disnea, palpitaciones, edemas (miembros inferiores (MMII) y cara), y aumento de perímetro abdominal desde hacía 4 días. EXPLORACIÓN Taquicárdica, taquipneica. Edemas bilaterales hasta rodillas con fóvea. Resto normal. Se pautó oxigenoterapia y furosemida. Sondaje vesical. Monitorización cardíaca. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Electrocardiograma: taquicardia sinusal. Alternancia eléctrica. Radiografía torácica: Cardiomegalia, derrame pleural derecho. Analítica sanguínea: leucocitosis, neutrofilia. Resto normal. Gasometría Arterial normal. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Insuficiencia cardíaca Derrame pericárdico/pericarditis Infarto agudo de miocardio Anasarca Hipotiroidismo/mixedema Ecocardiograma: Derrame pericárdico (DP) severo, datos ecográficos de compromiso hemodinámico. JUICIO CLÍNICO Derrame pericárdico severo con datos ecográficos de compromiso hemodinámico secundario a Nilotinib. EVOLUCIÓN Se suspendió Nilotinib, ingresando en cardiología con tratamiento antiinflamatorio. Ecocardiograma posterior similar. Se realizó pericardiocentesis diagnóstica y evacuadora, extrayéndose 1200 mililitros de líquido serohemático. Estudio de líquido pericárdico normal. Anticuerpos, Tinción Ziehl-Nielsen y serologías negativas. Tomografía axial computerizada toraco-abdominal: engrosamiento pericárdico homogéneo, captación de contraste. Cambios inflamatorios con cavidad de DP residual en receso anterobasal. Buena evolución tras retirada de nilotinib, con resolución del DP.

Conclusiones:

La presentación clínica del DP varía desde casos asintomáticos a situaciones críticas con inestabilidad hemodinámica severa, que suponen una emergencia médica. Es esencial un alto grado de sospecha. La cardiomegalia en la radiografía, el roce pericárdico en la auscultación y la alternancia eléctrica en el electrocardiograma son datos que pueden sugerirlo. La realización de una ecografía permite confirmarlo y, además, cuantificar volumen, extensión y localización. Entre las po-

sibles causas están los fármacos, la uremia, y enfermedades sistémicas como la tuberculosis. Sin embargo, es infrecuente su aparición en relación con la toma de Nilotinib. En caso de compromiso hemodinámico es prioritaria la realización de drenaje urgente del saco pericárdico. En los demás supuestos la actitud puede ser más conservadora, si bien es imprescindible una estricta vigilancia clínica y hemodinámica. En caso de ser secundario a fármacos, es fundamental su retirada.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-756

HEMOPTISIS, PANCITOPENIA E INFILTRADOS PULMONARES BILATERALES: PRESENTACIÓN DE LLA EN VARÓN DE 37 AÑOS

S Daza Pozo, M Cerezo Rossel, E Albizua Huarte, MA Anduaga Aguirre

Hospital Virgen de La Salud. Toledo

Palabras Clave: hemoptisis, infiltrados bilaterales, pancitopenia

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN. Exponemos un caso de patología oncohematológica con presentación atípica en varón joven exfumador severo. **OBJETIVO** Diagnóstico diferencial de paciente exfumador con hemoptisis, pancitopenia, síndrome constitucional sin hepato-esplenomegalia ni adenopatías. **CASO CLÍNICO** Varón de 37 años ex fumador desde hace 1 año y medio sin otros antecedentes de interés que acudió a Urgencias por cuadro de 1 semana de evolución, de fiebre termometrada de hasta 39°C, tos con expectoración hemoptoica, palidez generalizada, astenia y pérdida ponderal de hasta 5 Kg. En la exploración física destacaba la gran palidez cutánea generalizada, sibilantes y crepitantes pulmonares bilaterales en la auscultación, sin palpase adenopatías ni hepatoesplenomegalia. Con la sospecha inicial de Infección Respiratoria se solicitó analítica completa y Radiografía de Tórax. En esa primera analítica realizada destacó la presencia de Pancitopenia con 1800 leucocitos (900 Neutrófilos), Hb 5.9gr/dl (reticulocitos 1.58%) y plaquetas 49.000, demostrando la lectura del Frotis de sangre periférica: Serie roja con presencia de Dacriocitos y Eritroblastos (2%). Serie blanca 3% de Células inmaduras de aspecto Blástico, de morfología linfoide, sin observar Blastos promielocíticos. Se confirmó también la Plaquetopenia.. El Fibrinógeno claus fue de 606 y el D-Dímero de 5574. Asi como la LDH : 655 y la PCR de 90. En la Rx de tórax se vió afectación parenquimatosa pulmonar bilateral con infiltrados confluentes de predominio en LSD. Desde Urgencias se inició tratamiento antibiótico de amplio espectro con Meropenem y Vancomicina, asi como transfusión hematíes y plaquetas, y Acido Tranexámico para tratamiento de la hemoptisis. Se cursó ingreso en planta para proseguir estudio con diagnóstico de sospecha de Enfermedad Oncohematológica. La biopsia de MO confirmó el diagnóstico, objetivándose en la misma LLA de precursores B con t (14,18) Ph negativo de alto grado por la edad del paciente.

Conclusiones:

Presentamos el caso de un varón joven con cuadro de hemoptisis y fiebre alta en quien se sospecha a la llegada a Urgencias una Infección respiratoria, sorprendiéndonos un caso de presentación atípica de LLA-B, que debuta con hemoptisis sin hepatoesplenomegalia ni adenopatías, y que se intuye e ingresa desde Urgencias por los hallazgos analíticos encontrados.

P-757

TENÍA TODAS LAS PAPELETAS

JA Sanantón López (1), Z Serrano Soler (1), M García Galán (1), S Giménez Brisach (1), PR Cáceres Zúñiga (2)

(1) Hospital Marina Salud de Denia, (2) Centro de Salud de Calpe. Valencia

Palabras Clave: pulmonary embolism, idiopathic pulmonary fibrosis, atrial fibrillation

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Introducción: La fisiopatología del tromboembolismo pulmonar (TEP) se basa en la alteración del intercambio gaseoso (desequilibrio ventilación perfusión) aumentando el gradiente alveoloarterial de oxígeno [D(A-a) O₂]. **Objetivo:** Mostrar el proceso diagnóstico etiológico de la disnea y el estudio de parámetros gasométricos en pacientes con patología respiratoria de base. **Paciente y métodos:** Paciente varón de 67 años que acude a urgencias por disnea de varios días de evolución acompañada de tos y expectoración diagnosticándose de infección de vías respiratorias (IVR). A los cinco días acude por persistencia de disnea sin mejoría tras tratamiento antibiótico. **Antecedentes previos.** Hipertensión arterial. Dislipemia. Accidente cerebrovascular (2013). Insuficiencia aórtica reumática. Fibrilación auricular (Oct/15). Síndrome apnea-hipoapnea del sueño con CPAP nocturna. Fibrosis pulmonar idiopática incipiente (Dic/15). Hiperuricemia. Coxartrosis. Hábitos tóxicos: alcoholismo eventual, exfumador. **Exploración física:** disneico en reposo, consciente y orientado. Auscultación con tonos arrítmicos y soplo diastólico, con murmullo vesicular conservado y crepitantes bibasales. Extremidades inferiores sin edemas, no signos de trombosis venosa profunda, pulsos periféricos presentes. **Diagnóstico diferencial:** IVR, insuficiencia cardíaca, TEP, derrame pleural, fibrosis pulmonar reagudizada. **Resultados:** Pruebas complementarias: electrocardiograma (ECG) (arritmia con frecuencia ventricular a 100 lpm, sin onda P, QRS con morfología BCRDHH, sin alteraciones agudas de la repolarización, con patrón S1Q3T3), Rx tórax (patrón intersticial bilateral con aumento de trama vascular, senos costofrénicos libres), Analítica sanguínea (Leucocitos 18.200, Neutrófilos 12.810, Plaquetas: 139.100, Tiempo protrombina 20.3 seg, INR 1.7, Dímero D 4352.47ng/ml), Gasometría arterial (pH 7.56, pO₂ 91.7mmHg, pCO₂ 27.8mmHg). Angio-TC (TEP afectando a arteria interlobar y lobar descente derecha). Por lo que se inicia terapia anticoagulante con Bemiparina 7.500UI/24h. Durante su ingreso se realiza Doppler venoso de miembros inferiores (trombosis a nivel de vena poplítea y femoral superficial izquierda).

Conclusiones:

Se esclarece la validez de una gasometría arterial con hipocapnia y un [D(Aa)O₂] aumentado, en un paciente con un patrón respiratorio restrictivo con tendencia a la hipercapnia, un ECG sugestivo y parámetros de INR inadecuados en un paciente con alto riesgo embólico, valorar como primera opción diagnóstica el embolismo pulmonar, precisando estudio de Dímero D y Angio-TAC.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-758

DIAGNÓSTICO CLÍNICO PRECOZ EN FASCITIS NECROTIZANTE. UNA URGENCIA VITAL

R Molina Ruano (1), A Martín-Vivaldi Jiménez (1), J Molina Rueda (1), M Alonso Morales (1), S Martínez Diz (2)

(1) Hospital de Rehabilitación y Traumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Granada, (2) La Zubia. Distrito Granada-Metropolitano. Granada

Palabras Clave: fascitis necrotizante, *Streptococo pyogenes*, desbridamiento

Ámbito del caso:
Extrahospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: La fascitis necrotizante (FN) es una infección poco habitual de los tejidos blandos, con importante afectación tanto de tejido celular subcutáneo o fascia superficial que puede extenderse a la piel, fascia profunda e incluso músculo, con síntomas sistémicos graves, atribuido a *Streptococo beta hemolítico* del grupo A también llamado *Streptococo pyogenes*, solo o conjuntamente con otros gérmenes, que en los últimos años ha aumentado en frecuencia y gravedad. Presenta un alto índice de mortalidad, cuya evolución depende de un tratamiento antibiótico-quirúrgico precoz y adecuado. Su presentación clínica más frecuente es en las piernas. De progreso rápido en el curso de horas. Aparecen flictenas (hemorrágicas) y una necrosis cutánea franca. Se encuentra gran toxicidad sistémica y a menudo los pacientes desarrollan shock y la muerte. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos un caso de un varón de 45 años que tras sufrir atropello por un coche, acude a urgencias con fractura abierta de tibia grado II de Gustilo. No presenta antecedentes de interés. Se realiza lavado de herida urgente y cierre con estabilización con férula suro-pédica. Tratamiento antibiótico intravenoso y demora de tratamiento definitivo una semana. Al segundo día de ingreso el paciente desarrolla importantes flictenas hemorrágicas con despegamiento del tejido subcutáneo. Aparecen áreas de anestesia en zona distal de la pierna rápidamente evolutivas. No presenta signos sistémicos de gravedad. La afectación de tejido llega hasta la fascia, permitiendo la tunelización de los mismos con una importante necrosis del tejido celular subcutáneo. Se decide tratamiento quirúrgico precoz con desbridamiento de las zonas afectadas y exéresis de todas las áreas necróticas. Además tratamiento antibiótico intensivo, ingreso en UCI y vigilancia clínica sistémica.

Conclusiones:

Tras el desbridamiento fue tratado con fijador externo y sistema de vacío-aspiración tipo V.A.C. Posteriormente se observó una correcta evolución de las partes blandas y se decidió enclavado intramedular. Las muestras anatomopatológicas y de microbiología no mostraron resultados concluyentes. El diagnóstico de la fascitis necrotizante es eminentemente clínico, además de microbiológico. La clave es un diagnóstico y tratamiento precoz que debe ser agresivo con desbridamiento quirúrgico, antibióticos empíricos que cubran aerobios y anaerobios y un soporte hemodinámico monitorizado.

P-759

CUANDO LAS PALABRAS NO EXISTEN... HAY QUE ESCUCHAR AL CORAZÓN...

A Ayestarán Masó (1), G Conde Campayo (2), B Navarro Sánchez (2), A Vigo Peiró (1), C Gago Bellido (1), V Alcover Medina (1), A Peiró Gómez (1)

(1) Hospital de Liria, (2) C.S. Burjassot. Valencia

Palabras Clave: sordomudo, insuficiencia mitral, endocarditis

Ámbito del caso:
Ambos

Historia clínica:

Paciente de 70 años sordomudo, hipertenso sin tratamiento y sin otros antecedentes, que acude a la consulta de Atención Primaria por malestar general, sensación disneica y dolor torácico, tras un cuadro de gastroenteritis aguda iniciada 5 días antes (tratada con dieta e hidratación). La anamnesis resulta muy complicada porque es sordomudo y no acude acompañado por intérprete. A la exploración destaca: TA 90/60 mmHg, FC 115 lpm, SatO₂ 92%, T° 38.2°C, auscultación cardiaca soplo IV-VI en foco mitral (de nueva aparición), resto de exploración y ECG sin alteraciones. Ante los hallazgos se remite al hospital, donde se ingresa con sospecha de miopericarditis aguda, probable neumonía tras realizar una analítica con leucocitosis con neutrofilia, insuficiencia renal aguda y elevación de troponina y de Pro-Bnp de 10600, y Rx de torax con probable condensación y dudosos signos de insuficiencia ventricular izquierda. En las primeras 24 horas del ingreso en Cardiología presenta un episodio de insuficiencia respiratoria grave con hipotensión, por lo que es ingresado en UCI y se realiza intubación orotraqueal para ventilación mecánica. Se realiza una ecocardiografía apreciando posible rotura de válvula mitral con insuficiencia mitral grave, sin derrame pericárdico. Se contacta con cirugía cardiaca del hospital de referencia para valorar cirugía urgente por shock cardiogénico, edema agudo de pulmón y endocarditis mitral. El paciente finalmente es intervenido de urgencia colocándose una prótesis valvular mitral mecánica, y con buena evolución posterior.

Conclusiones:

Es importante realizar una buena anamnesis y, como en este caso, no olvidar realizar una buena exploración, que nos detecte signos de gravedad a pesar de los inconvenientes que pueda haber en la comunicación, bien sea por idioma, por dificultad en el lenguaje o en pacientes con deterioro del nivel de conciencia o deterioro cognitivo.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-760

INFARTO ANTEROSEPTAL ASOCIADO A MILKING DE DESDENDENTE ANTERIOR

CC Carrasco Vidoz, C Fernández Palacios, E Vicente Tobar,
P Tranche Cagigas, Y López Albarran, G Peña y Lillo Echevarría,
E Díaz Vera

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

Palabras Clave: infarto del miocardio, milking, angina

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 25 años sin antecedentes médicos salvo fumador de 12 cig/día y padre con 3 IAM (el primero a los 45 años). Consulta por dolor retroesternal opresivo, intenso irradiado a ambos brazos de predominio izq con parestesias del mismo, asociado a sudoración intensa y mareo, de aparición súbita al levantarse. Cuadro catarral los días previos. Ha tomado cafinitrina de su padre, mejorando el dolor. Exploración Física: Tonos rítmicos sin soplos ni roce. MVC sin ruidos añadidos. ECG ingreso: RS a 65 lpm QRS estrecho eje normal. Elevación de 0.5 mm del ST en cara inferolateral. T isobifásicas de V1 a V4 con ligera elevación del ST también en dichas derivaciones (imagen sugerente de amenaza de DA). ECG sucesivo: cambios dinámicos del ST y T negativas en cara anterior y avL. al alta: RS. PR normal. QRS estrecho. Patrón de repolarización precoz en cara inferior. T negativa en I, avL y V1 e isobifásica en V2-V3. Rx Tórax: ICT conservado, sin congestión. Analítica: CPK pico 647 Trop T pico 607 NT (< 14), Col 228, LDL 162, HDL 43. HbA1c 5.2. Tóxicos en orina: cannabinoides positivo. EcoTT: Hipoquinesia de segmentos medios y distales de cara anterior y anterolateral. FEVI conservada. Coronariografía Urgente: DA: Arteria de buen desarrollo y calibre. Trayecto intramiocárdico en DA media-distal con milking a ese nivel. Estudio con IVUS, que se queda atrapado por espasmo a ese nivel, pero no parece observarse hematoma intramural ni lesiones significativas. RMNCardiaca: Estudio sugerente de isquemia miocárdica en territorio de la DA como primera posibilidad, aunque sin ser totalmente concluyente por no observarse alteraciones en las imágenes de realce tardío. Función sistólica global en el límite inferior de la normalidad. Evolución clínica: asintomático para angina, hemodinámicamente estable y sin complicaciones de ICC ni arritmias. Alta con diagnóstico de Infarto anteroseptal con coronarias normales y FEVI 50% y Milking de DA.

Conclusiones:

El Milking es la compresión sistólica de un segmento coronario intramiocárdico localizándose habitualmente en la arteria DA en su segmento medio. Su significación clínica es variable, aunque asintomático y de buen pronóstico a largo plazo, existe evidencia de su asociación con Angor, infarto de Miocardio, arritmias malignas y muerte súbita.

P-761

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN EXTREMIDAD SUPERIOR

M Lisa Gracia, C Marcote Ibáñez, S Neila Calvo, Z Salmón
González, C Salas Pelayo, E Cobo García, A Córdoba Alonso

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras Clave: trombosis venosa, extremidad superior, manejo de la enfermedad

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Varón de 73 años, sin hábitos tóxicos y con antecedentes de HTA, hipertrofia prostática benigna en seguimiento en la consulta de Urología. En tratamiento habitual con enalapril y dutasteride. Acude a urgencias por cuadro de tres días de evolución de dolor en miembro superior izquierdo que empezó de forma aguda, a lo que asocia aumento de perímetro y temperatura. También refiere dolor en cara lateral izquierda del cuello. No refiere fiebre ni traumatismo previo. A la exploración física destaca edema en extremidad superior, desde base de cuello hasta antebrazo, con aumento local de la temperatura. Pulso radial y cubital conservados. La analítica básica no muestra alteraciones, excepto un dímero D de 5378 ng/ml. La radiografía de tórax fue normal. Se realizó ecografía doppler que mostró trombosis profunda extensa en territorio yugular, confluyente yugulo-subclavia, subclavia, axilar y humeral del miembro superior izquierdo. Se solicitó TC corporal para descartar patología tumoral oculta junto con estudio de hipercoagulabilidad, previo al inicio de la anticoagulación, para descartar causa secundaria de trombosis.

Conclusiones:

La trombosis espontánea profunda de las extremidades superiores es una entidad rara que puede tener múltiples causas que debemos descartar. Las anomalías anatómicas, por ejemplo en caso de fractura, la presencia de cuerpos extraños como catéteres y marcapasos o el uso de fármacos como anticonceptivos orales pueden ser etiologías fáciles de reconocer mediante la historia clínica y la exploración física, pero debemos pensar en otras causas como los síndromes de hipercoagulabilidad o neoplasia oculta. La anticoagulación es el tratamiento inicial aunque en algunos casos se precisan otras intervenciones como la trombolisis.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-762

ANGOR INESTABLE QUE EVOLUCIONA A IAM INFERIOR

R Silva Señor, E Duque Castilla, E Fernández Torres,
J Gómez Bernal, D Infante Reyes

DCCU Algeciras. Algeciras, Cádiz

Palabras Clave: myocardial infarction, inferior wall myocardial infarction, angina pectoris

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Varón 58 años con af hijo fallecido por muerte súbita a los 25 años, con factores de riesgo cardiovascular (diabetes, hipertensión arterial, dislipemia y fumador activo) que acudió a centro de salud por DOLOR torácico atípico, con ECG dentro de la normalidad, sin cortejo vegetativo. Hemodinámicamente estable. Dados los antecedentes y el riesgo se decide traslado al hospital en ambulancia medicalizada, con monitorización cardíaca continua y vía periférica. Se administra AAS 300 mg vo. Durante el traslado, empieza a empeorar, transformándose el dolor en dolor torácico típico, con cortejo vegetativo, e irradiación a brazo izdo, se repita ECG que muestra RS a 77 lpm, con ascenso del ST en la cara inferior que no se modifica con la administración de nitratos. TA 110/60 mmHg siendo candidato a fibrinólisis sin presentar contraindicaciones.

Conclusiones:

Este caso nos muestra la importancia de seguir los PROTOCOLOS establecidos por la comunidad científica para la atención de urgencias de los pacientes que manifiestan clínica ANGINOSA. La historia clínica completa apoyada en las pruebas complementarias realizadas disponibles en ambulancia nos permite establecer diagnósticos diferenciales. Es importante el traslado de los pacientes con sospecha de patología cardíaca en ambulancia medicalizada con monitorización continua, a fin de detectar a tiempo, cambios electrocardiográficos que puedan producirse. La correcta transferencia del paciente entre los equipos de extrahospitalarios y hospitalarios permite una optimización de los tiempos, una mejora de la calidad asistencial y un menor riesgo vital para el paciente.

P-764

IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA COMPLETA EN EL PACIENTE QUE CONSULTA DE URGENCIA

S Nieto Sánchez (1), I Pérez González (1), Y González Silva (2),
B Martín Pérez (3), V Carbajosa Rodríguez (3), S Casado de Andrés (1),
S Calvo Sardón (4)

(1) Centro de Salud Casa del Barco, Valladolid, (2) Centro de Salud Plaza del Ejército, Valladolid, (3) Urgencias Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, (4) Centro de Salud Parquesol. Valladolid

Palabras Clave: supraventricular tachycardia, valsava maneuver, catheter ablation

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Varón de 65 años sin antecedentes personales de interés, acude al centro de salud de urgencias por dolor plantar sobre talón derecho de 3 días de evolución, sin traumatismo previo que recuerde y sin otra sintomatología asociada. La exploración física comienza a realizarse por la extremidad derecha, tras descartar patologías graves se llega al diagnóstico de fascitis plantar. No obstante, se realiza una exploración física completa: TA 128/88 mmHg, FC 150 lpm, SatO2 98 %, FR 15 rpm. El paciente presentaba buen estado general, se objetivaron ondas A cañón a nivel cervical (signo de la rana). En la auscultación cardiopulmonar los ruidos cardíacos eran rítmicos a frecuencia de 150 lpm, sin soplos ni otros ruidos sobreañadidos con murmullo vesicular pulmonar conservado. La exploración abdominal y de ambas extremidades inferiores era normal. Se realiza un ECG, en el que se objetiva taquicardia supraventricular (TSV) a 150 lpm. Se realizan maniobras de Valsalva, permitiendo su entrada en ritmo sinusal en tres ocasiones, pero a pesar de ello la TSV es recurrente, por lo que se deriva a Urgencias hospitalarias, donde se consigue revertir con 6 mg intravenosos de adenosina. Se pauta tratamiento con Atenolol 25 mg vía oral, iniciándose estudio electrofisiológico ambulatorio. Se encuentra como causa de la TSV una taquicardia reentrante nodal. Desde el primer episodio, el paciente tuvo otros dos episodios de TSV a pesar del tratamiento pautado, por lo que se optó por la realización de ablación por catéter, sin sufrir nuevos episodios de TSV.

Conclusiones:

Los síntomas asociados a las TSV tienen un espectro muy heterogéneo, desde pacientes prácticamente asintomáticos a los que cursan con síntomas de bajo gasto cardíaco. En el caso de nuestro paciente, asintomático a su llegada a consulta, la exploración física sistemática y la toma de constantes fue fundamental para establecer el diagnóstico. El grado de tolerancia y la gravedad de la arritmia están condicionados por diferentes factores, como tipo de TSV, frecuencia cardíaca, periodicidad y duración de las crisis, presencia de cardiopatía estructural, y la percepción individual subjetiva del paciente. La consideración conjunta de todas estas variables va a determinar qué conducta seguir.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-765

CEFALEA ORGÁSMICA

E García Noeda, R Rodríguez Alonso, A Díez Bermúdez, JR Casal Codesido, M Fernández Rivas, L Bendek Quevedo

Hospital El Bierzo. León

Palabras Clave: sexual headache, orgasmic headache, coital headache

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN. 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 hemicraneal 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. En todos los casos, es imprescindible descartar proceso intracraneal. **CASO CLÍNICO.** 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. 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-766

DISECCIÓN DE AORTA TORACOABDOMINAL A PROPÓSITO DE UN CASO

EM Cano Cabo (1), EM Prieto Piquero (1), R Cenjor Martín (1), M Cordero Cervantes (1), R Lorca Gutiérrez (1), G García Estrada (2), BC Di Salvo León (2)

(1) Hospital Universitario Central Asturias. Oviedo, (2) Centro de Salud de Siero. Asturias

Palabras Clave: disección aórtica toracoabdominal, dolor abdominal, hipertensión arterial

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Mujer de 65 años de edad que acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal de inicio súbito localizado en hipocondrio derecho con irradiación a región interescapular acompañado de náuseas. No dolor torácico ni disnea. Los días previos había presentado dolor abdominal que cedió con analgesia. **ANTECEDENTES PERSONALES:** Tos con IECAS. Fumadora 1 cajetilla/día. HTA, no Diabetes ni dislipemia. Enfermedad renal crónica grado 3a. Medicación previa Losartan 50mg. Indapamida 1.5mg. A la exploración física: PA: 191/99 mmHg. FC: 74. Tº: 36,5°C. Mal estado general. Inquieta por el dolor, diaforésis profusa. Carótidas rítmicas, sin soplos. No ingurgitación yugular. Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen doloroso a la palpación de manera difusa. Ausencia de pulso en MMII. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS** Analítica básica sin alteraciones significativas. Electrocardiograma: ritmo sinusal. Rx.Tórax normal. TC de aorta toracoabdominal: Disección de aorta toracoabdominal tipo B (clasificación Stanford), con inicio del flap intimal inmediatamente distal a la arteria subclavia izquierda y se extiende hasta bifurcación de arterias ilíacas, las cuales no están afectadas. Ateromatosis mixta calcificada de aorta toracoabdominal y arterias ilíacas. Dilatación aneurismática de arteria ilíaca derecha. **DIAGNÓSTICO.** Disección de aorta toracoabdominal tipo B. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL** Infarto agudo de miocardio, insuficiencia aórtica aguda, pericarditis, pleuritis, perforación víscera hueca. Dolor de origen musculoesquelético. **EVOLUCIÓN.** En urgencias la paciente es tratada con bolo de labetalol para control de la TA, evitando la progresión de la disección y analgesia con cloruro morfínico. Dada la morfología de la disección se decide intervención quirúrgica de urgencia mediante reparación endovascular (TEVAR) con endoprótesis enrasada en subclavia.

Conclusiones:

En los servicios de urgencias hospitalarias es fundamental tener un grado alto de sospecha clínica para establecer un diagnóstico precoz y así mejorar la supervivencia de estos pacientes. En nuestro caso el dolor abdominal con irradiación a región interescapular junto con factores predisponentes (edad e hipertensión arterial) y un electrocardiograma sin evidencia de isquemia miocárdica nos orienta hacia una disección de aorta descendente o tipo B de Stanford. Su abordaje inicial es médico y se reserva el tratamiento quirúrgico en la fase aguda de disecciones complicadas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-767

ICTUS ISQUÉMICO POR VASCULITIS POR VIRUS VARICELA ZÓSTER

R Rodríguez Calveiro, P Tranche Cagigas, E Díaz Vera, C Carrasco Vidoz, M Sánchez Vicente, LJ Arce Segura, Y López Albarrán

Urgencia. Hospital Infanta Leonor. Silleda-Pontevedra

Palabras Clave: vasculitis, ictus, virus

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 86 años, como antecedentes padece HTA como único FRCV y DMAE bilateral, ambos en tratamiento, alérgica a aceclofenaco y diclofenaco y a pescado. Es traída al servicio de urgencias porque presenta déficit brusco de consciencia en sala de espera de consultas externas de traumatología a donde acudió por una fractura de radio distal derecho 2 semanas antes. Durante la exploración inicial la paciente presenta bajo nivel de consciencia, cifras tensionales elevadas y hemiparesia derecha, que tras recuperación del coma presenta somnolencia, disartria y desorientación témporo-espacial. En la exploración física cabe destacar un herpes zóster radicular izquierdo en territorio de L5 a tratamiento con famciclovir. En las pruebas iniciales, la analítica y la orina son anodinas, Rx tórax sin hallazgos y ECG en ritmo sinusal. El TAC craneal informa de áreas de hipodensidad parcheadas en sustancia blanca, coronas radiadas y centros semiovoides, compatibles con focos de desmielinización de origen hipóxico-isquémico. Dada la persistencia de la somnolencia se completa estudio con punción lumbar que mostró pleocitosis mononuclear con proteinorrea, por lo que se inicia tratamiento con Aciclovir, Ceftriaxona y Ampicilina. Durante el ingreso, se realiza EEG (normal) y RNM cerebral en el que se visualiza infarto talámico izquierdo agudo. Asimismo, se realiza también EMG de miembro inferior izquierdo con resultado de axonotmesis incompleta. Durante la evolución, se completan 2 semanas de Aciclovir y la paciente es trasladada a un hospital secundario para tratamiento rehabilitador por la parálisis motora periférica como única secuela.

Conclusiones:

La infección por virus varicela zóster produce una vasculitis en las arterias cerebrales que se manifiesta como ictus isquémico más frecuentemente, aunque también puede causar ictus hemorrágico, hemorragias subaracnoidea o intraparenquimatosa, disección y ectasias vasculares. Puede producirse tanto en primoinfección como en reactivaciones virales. En adultos, el riesgo de ictus es mayor en los primeros tres meses o en herpes zóster ocular. El tratamiento reduce el riesgo. La ausencia de rash no excluye el diagnóstico. En las pruebas complementarias, los estudios de imagen son determinantes, así como el estudio del líquido cefalorraquídeo, con mayor especificidad la determinación de anticuerpos anti VZV- Ig G que el DNA viral.

P-768

HIPONATREMIA POR ANTIPSICÓTICOS

N Ovalle González (1), ME López de Goicoechea Saiz (1), R Segura Granda (1), L Prieto Lastra (1), MP Carlos González (1), D Fernández Torre (1), AM González Pedraja (2)

(1) Hospital Universitario Marques de Valdecilla, (2) Centro de Salud de Puentenansa. Cantabria

Palabras Clave: hyponatremia, antipsychotics, syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 54 años que acude por alteración de la consciencia. INTRODUCCIÓN. La hiponatremia es un efecto secundario asociado al consumo de psicofármacos. OBJETIVOS: Recordar la relación existente entre el consumo de antipsicóticos e hiponatremia. CASO CLÍNICO. Mujer de 54 años que acude por alteración de la consciencia. Antecedentes personales: Esquizofrenia paranoide. Tratamiento: Cloracepato dipotásico, Olanzapina. EXPLORACIÓN FÍSICA. Constantes: ECG: 13. Resto normal. Exploración: Consciente y desorientada en espacio y tiempo con somnolencia. Lenguaje incoherente. Obedece órdenes. No focalidad neurológica. Se realiza: Hemograma y bioquímica: Na 117mEq/l, función renal normal, TSH normal. Iones en orina: Na 33 mEq/l, K 6 mEq/l. Juicio clínico: Hiponatremia grave.

Conclusiones:

La hiponatremia es un efecto secundario asociado al consumo de psicofármacos. En la patogenia de la hiponatremia aquí, se ha demostrado por un lado el desarrollo de un SIADH secundario y por otro la existencia de factores de riesgo: Edad avanzada, sexo femenino, toma de diuréticos, bajo peso corporal y niveles plasmáticos de sodio bajos previos al tratamiento. La hiponatremia suele aparecer en las primeras semanas de tratamiento, no es dosis-dependiente y se corrige tras la suspensión del fármaco en poco tiempo. Los psicofármacos son medicamentos muy consumidos en nuestro país. Por eso, reacciones adversas clínicamente relevantes como la hiponatremia, repercuten en la salud de la población. Parece recomendable la realización de controles periódicos de natremia en sujetos que los consuman y presenten factores de riesgo. Además, conocer esta entidad permite un correcto tratamiento que incluirá la suspensión del fármaco en cuestión.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-769

SÍNDROME DE HORNER. A PROPÓSITO DE UN CASO

I Campos Caubet, A García-Lago Sierra, R González Peredo, E Crespo Hualde, F Fernández Díaz, I Incera Alvear

Hospital Sierrallana. Torrelavega, Cantabria

Palabras Clave: síndrome de Horner, tumor Pancoast, ptosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 41 años con antecedentes de neoplasia en mama derecha 6 años atrás, que fue tratada con cirugía, radioterapia y tratamiento hormonal. Acude al Servicio de Urgencias por cefalea periorcular izquierda de 2 meses de evolución y ptosis palpebral izquierda en los últimos 6 días. En la exploración destaca ptosis palpebral izquierda con resto de exploración neurológica y sistemática normales. Se realizan hemograma, bioquímica y coagulación que son normales, tomografía axial computarizada craneal, con contraste, que es normal, y radiografía de tórax, en la que se observa engrosamiento apical izquierdo. Se decide completar estudio con TAC torácico y posteriormente PET. En el TAC torácico se confirma la presencia de una masa de aspecto tumoral localizada en el vértice pulmonar izquierdo que se acompaña de engrosamiento irregular de la pleura apical. La imagen neoplásica descrita plantea como diagnóstico más probable la presencia de tumor primario tipo Pancoast. El PET de cuerpo completo mostró actividad tumoral en pleura y adenopatías con probable origen en LSI.

Conclusiones:

Las características del síndrome de Horner son: miosis, ptosis, aparente enoftalmos, hipohidrosis en emicara ipsilateral a la lesión, hiperemia conjuntival, heterocromía del iris en algunos casos. El síndrome de Horner se produce por interrupción de las fibras simpáticas que van a la órbita, a las arteriolas cutáneas y a las glándulas sudoríparas. La lesión puede ser a nivel central, o bien a nivel periférico, pudiendo ser en la cadena simpática cervical a lo largo del recorrido de la arteria carótida interna, o en el ganglio cervical superior. Es muy raro que el Síndrome de Horner se produzca de forma aislada. El síndrome de Pancoast está producido por un tumor en el ápex pulmonar, con extensión local. La mayoría de los casos de síndrome de Pancoast son causados por el carcinoma broncogénico de células no-pequeñas, principalmente por el carcinoma escamoso, seguido del adenocarcinoma y del carcinoma de células grandes. Radiológicamente, el tumor a menudo es difícil de observar. El diagnóstico definitivo requiere la demostración anatomopatológica del tumor. Ante un Síndrome de Horner en Urgencias es importante realizar diagnóstico diferencial de todas las posibles causas para orientar el tratamiento del paciente.

P-770

DOLOR TORÁCICO, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

EM Fernández Cueto (1), FJ Calderón Moreno (2), C Sánchez Pérez (1), E Schmucke Fortty (1), AM Fernández López (1), M Gonzálvez María Dolores (1)

(1) Urgencias. Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena, (2) Servicio de Urgencias. Atención Primaria Algezares. Murcia

Palabras Clave: pericarditis, dolor torácico, tos

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Descripción del Caso: Varón de 19 años sin antecedentes personales de interés. Fumador de cannabis ocasional, que acude a urgencias de por tos seca persistente y dolor en hemitórax izquierdo de un día de evolución. El dolor se irradia al cuello y empeora con los movimientos inspiratorios y en decúbito, sin cortejo vegetativo asociado. Refiere cuadro cataral los días previos en tratamiento con antitérmicos y mucolíticos con mejoría parcial. Niega fiebre u otra sintomatología asociada. Exploración y pruebas complementarias: T 37,8°C. TA 110/50 mmHg. Fc 115 pm. SatO₂ 96%. Buen estado general, bien hidratado y perfundido, Eupneico. AC: tonos cardíacos apagados, roce pericárdico. Resto normal. ECG: Ritmo sinusal a 100 lpm. Elevación del ST en II, III, aVF, I, V3-6 con concavidad hacia arriba (?en sillademonar?). Analítica en urgencias: PCR 28 Troponina: 3.8. Leucocitos: 20.900 con fórmula normal. Rx Tórax PA/LAT: Cardiomegalia. Ecocardiograma: derrame pericárdico con grosor de 28 mm. Localizado predominantemente en cara inferior-posterior y lateral del VI y en pared libre del VD. Variaciones respirofásicas del llenado mitral del 20-30%. Colapso parcial de AD y parcial telediastólico del VD. Vena Cava Inferior (CVI) de 26 mm. con colapso inspiratorio del 50%. Corazón y válvulas anatómica y funcionalmente normales. Juicio Clínico: Pericarditis aguda. Diagnóstico Diferencial: Infarto Agudo Miocárdico. Neumotórax. Neumonía. Tromboembolismo Pulmonar.

Conclusiones:

Ante sospecha de pericarditis deben realizarse, además de una completa anamnesis y exploración física, un ECG, una radiografía de tórax (puede mostrar cardiomegalia y/o derrame pleural asociado), una ecocardiografía (valora la presencia de derrame y en su caso la posible repercusión) y una analítica sanguínea (incluyendo enzimas cardíacas, pues el proceso inflamatorio puede también afectar al miocardio, causando una miopericarditis con riesgo potencial de arritmias ventriculares). La mayoría de los pacientes afectados de pericarditis aguda pueden ser tratados en régimen ambulatorio, mediante reposo y antiinflamatorios no esteroideos (de primera elección ácido acetilsalicílico, también pueden emplearse ibuprofeno o indometacina). Los corticoides suelen controlar rápidamente los síntomas, pero debe limitarse su uso pues es posible que favorezcan la aparición de recidivas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-771

NEUROPATÍA COMPRESIVA BILATERAL DEL NERVO CIÁTICO POPLITEO EXTERNO, EN EL CONTEXTO DE JUEGOS DE ORDENADOR-PC

J Fernández Campillo, J Peris Giner, P Santo Niñerola, J Pérez Rojas, R Cruz Novoa, E Cardona García, JC Medina Álvarez

Hospital Universitario de Torrevieja. Alicante

Palabras Clave: neuropatía compresiva, nervio ciático poplíteo externo, juegos de ordenador

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Las monoparesias compresivas del nervio ciático poplíteo externo bilaterales no son un diagnóstico frecuente. Lo que hace singular este caso es el hecho de que el mecanismo causante de la lesión sea una postura forzada mantenida largo tiempo jugando con un ordenador. No hemos encontrado en la literatura consultada otro caso de monoparesia bilateral producida por esta causa. Se presenta el caso de una monoparesia compresiva del nervio ciático poplíteo externo bilateral en un varón de 15 años de edad provocada por una postura forzada mantenida y repetida durante varios días jugando con un ordenador. La normalidad del LCR y con una serología negativa, presencia de reflejos osteotendinosos tras una semana de evolución y estudio electromiográfico no compatible descartaron un Sd. de Guillain-Barré. La RM de columna descartó la mielopatía. La EMG compatible con bloqueo axonal agudo, descartaba la presencia de mononeuritis múltiple y orientó definitivamente el diagnóstico hacia una neuropatía compresiva bilateral.

Conclusiones:

Finalmente quedó establecido el diagnóstico de monoparesia compresiva bilateral del N. ciático poplíteo externo provocada por una postura forzada mantenida jugando con un ordenador. Este caso viene a sumarse a los casos ya publicados de periartitis escapulohumeral o epicondilitis, por el uso exagerado y continuo de la Wii, Tablets o juegos de ordenador.

P-772

DISECCIÓN ESPONTÁNEA DE ARTERIA CORONARIA COMO CAUSA DE ISQUEMIA CORONARIA AGUDA

R Aranda Colubi, A Lozano Vicente, MJ Martínez López

CS San José de La Rinconada. Sevilla

Palabras Clave: coronary artery disease, rupture, spontaneous, miocardio infarction

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Mujer de 37 años con antecedentes de asma e intervenida de tumor renal. Consulta en urgencias de Atención primaria por nerviosismo, dolor centrotorácico opresivo irradiado a espalda/MMSS y náuseas de 45 minutos de duración. No hay hallazgos en la exploración física, y las constantes son: TA: 95/50, FC: 80 lpm, Sat de O₂: 96%, G: 119. El EKG muestra supradesnivelación del ST en avL, avR, v1 y v2 e infradesnivelación en II, III, avF, v5 y v6. Se inicia tratamiento con nitroglicerina y doble antiagregación con AAS y clopidogrel mejorando la clínica. Durante el traslado de aproximadamente 30 minutos se objetivan dos cambios electrocardiográficos. El EKG inicial tras más de 20 min cambia a bloqueo completo de rama derecha y tras permanecer con ese trazado durante unos 15 minutos aparece un ritmo idioventricular acelerado que se mantiene hasta su llegada al hospital. La angioplastia muestra una estenosis significativa de todo el trayecto del tronco coronario izquierdo por probable hematoma. Se realiza Angio-TAC con aorta normal. La ETT muestra hipoquinesia apical inferior y del segmento medio de cara ínfero-lateral. Disfunción del VI moderada-severa. FEVI 35%. La segunda coronariografía muestra disección espiroidea de tronco coronario izquierdo. Se trata con Stent farmacoactivo con buen resultado. La troponina T inicial fue de 176 y llegó a un pico de 2000. Diagnóstico: Disección espontánea de tronco izquierdo. SCACEST sin elevación persistente anteroseptal. Disfunción sistólica VI moderada-severa.

Conclusiones:

Un cuadro de SCACEST en mujer joven, sin factores de riesgo cardiovascular, nos debe hacer pensar en la posibilidad de la disección de vaso coronario como posible causa. La disección espontánea de una arteria coronaria es una causa infrecuente de isquemia miocárdica aguda. En general afecta sobre todo a mujeres jóvenes en el embarazo o puerperio. El caso describe una disección del tronco coronario izquierdo, localización infrecuente sobre todo si se produce fuera del embarazo o puerperio. La clínica más frecuente es la descrita (SCA), la elevación del ST está presente en un 25-50% de los casos y existen factores potencialmente predisponente como: displasia fibromuscular, postparto, multiparidad, desordenes del tejido conectivo, inflamación sistémica, terapia hormonal y estrés físico/emocional.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-773

LA FALSA LUMBALGIA

S Juárez de Sosa, J Boado Lama, N de la Torre Ferreira, C Gómez Sánchez, JM Palomero del Río, JC Silva Brizuela, JM Álvarez Pérez

Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: lumbalgia, neoplasia, coxalgia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente varón de 69 años, ex-fumador desde hace 30 años, bebedor moderado. Acude en repetidas ocasiones al servicio de urgencias por dolor lumbar irradiado a pierna izquierda que le dificulta la movilidad, precisando apoyo para la deambulación. Se le pauta tratamiento analgésico y antiinflamatorio, sin respuesta. El paciente refiere clínica de disnea para grandes esfuerzos, tos seca y astenia que es tratado por su médico de atención primaria con broncodilatadores. Tras 2 meses de clínica de lumbalgia y mala respuesta al tratamiento, una de las veces que acude a urgencias se decide ingreso en M. interna para estudio y descarta patología maligna subyacente. En M. interna se le realiza analítica, CEA 260,8, gammagrafía ósea, RMN columna, Body TAC y broncoscopia. Diagnóstico: neoplasia pulmonar en estadio IV con metastasis oseas, hepáticas y partes blandas.

Conclusiones:

La infiltración ósea se cita como la causa más frecuente de dolor lumbar cancerígeno y más frecuentemente es secundario a enfermedades primarias de próstata, mama, tiroides, pulmón o riñón. Cuando se presenta es con frecuencia continuo, implacable, intenso y progresivo. Puede aumentar por la noche y a menudo empeora con los movimientos y esfuerzos físicos. Los pacientes pueden referir un dolor sordo o profundo, intenso, dolor referido, espasmos musculares, o dolores paroxísticos punzantes, particularmente cuando las lesiones óseas se acompañan de compresión nerviosa. La columna vertebral es un lugar frecuente de metástasis, especialmente de tumores de pulmón, mama y próstata. La invasión ósea localizada, puede ser severa, con dolor localizado. Asociado a compresión nerviosa, puede producirse dolor irradiado y cambios neurológicos circunscritos. El dolor localizado lumbar, es normalmente el primer signo de metástasis óseas en la columna vertebral, normalmente precediendo a cambios neurológicos unas semanas después. La fragilidad localizada del hueso espinal y dolor radicular sobre la zona lumbar, es infrecuente en cuadros neuromusculoesqueléticos no malignos, alertándonos la clínica a considerar progresión vertebral por el tumor. Aunque la invasión sobre la zona lumbar es normalmente anunciada por dolor sordo lumbar y/o signos radiculares, el dolor puede localizarse sobre las articulaciones sacroilíacas, o crestas ilíacas, e investigaciones radiológicas de la columna lumbar muestran esta invasión cuando se presentan estos síntomas.

A-774

DISMINUCIÓN SÚBITA DEL NIVEL DE CONCIENCIA EN PACIENTE HTA. ACTIVACIÓN CÓDIGO ICTUS

ML Abolafia Montes, JL Martínez Fernández, J Carpio Fernández, A Cardona Pelaez, JE Cobo Muñoz

Urgencias. Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras Clave: ictus, neurorradiología, trombectomía

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 50 años con antecedentes de hipertensión arterial, que es remitido al servicio de urgencias con clínica de disminución brusca del nivel de conciencia con Glasgow 8, midriasis arreactiva que precisó intubación orotraqueal y ventilación mecánica. Analítica normal. Se activo el código ictus, con realización de TAC Craneal normal y posterior Angio-TAC craneal urgente, mostrando obstrucción de la arteria basilar. Se inicia tratamiento fibrinolítico sistémico y se decide traslado a H. Reina Sofía para tratamiento neuroradiológico, consiguiendo una recanalización completa de la arteria basilar mediante trombectomía. El paciente, recuperó la conciencia, salvo una leve diplopía en alguna posición de la mirada, sin precisar oftalmoparesia.

Conclusiones:

Hasta hace poco tiempo, el pronóstico de los ictus en territorio de la vertebro-basilar tenía un alto grado de mortalidad. La rapidez de actuación en el Servicio de Urgencias para la pronta realización de nuevas técnicas radiología intervencionistas es fundamental para la prevención de posibles secuelas neurológicas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-775

HEMORRAGIA DE PLACER

**N León Miranda, R Barrós González, J Parra Ramírez,
D Fernández de Velasco Pérez, E Arce Losa, T Martín Quiles**

Hospital Fundación de Alcorcón. Madrid

Palabras Clave: sexuality, headache, cerebral hemorrhage

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Mujer de 46 años, intolerante al Voltaren, exfumadora de 6-7 cigarrillos/día. No HTA. No DM. No DL. Estudiada en NRL por migrañas menstruales y neuralgia de Arnold. Iq: miopía. En tto actual con Maxalt y Nolutil cuando precisa. EA: Acude a Urgencias por cefalea de 6 días de evolución tras actividad sexual. Episodio actual de inicio brusco e intenso tras coito, de tipo pulsátil irradiado hacia frontal bilateral que no le recuerda a sus cefaleas habituales y que no ha cedido con nolutil. EXPLORACIÓN: BEG. Hemodinamicamente estable. ACP normal. CYOX3. No alteraciones del lenguaje, comprende, nomina y repite. Campimetría normal. MOEs normales, PICNR. Resto de pares normales. No claudica en Barré ni en Mingazzinni. No alteraciones de la sensibilidad tactoalgésica. Fuerza simétrica con BM global de 5/5. ROT presentes y simétricos. No disimetrías ni disidiadococinesias. Marcha normal. Romberg estable. EEC: TC DE CRÁNEO: HSA en región frontal izquierda. ARTERIOGRAFIA: no se evidencian aneurismas arteriales ni malformaciones. JC: Hemorragia subaracnoidea postcoital. DD: En el diagnóstico diferencial de las cefaleas orgásmicas se ha descrito la disección de arteria basilar, la disección de arteria carótida, las estenosis y aneurismas, las hemorragias intracraneales, las hemorragias subaracnoideas y los infartos cerebrales. En 2004 se publicó en la revista Headache un caso de una paciente de 44 años con cefalea postcoital debida a vasoespasmos cerebrales y dos años después en Archivos de Neurología un caso de una mujer de 33 años con ictus isquémicos recurrentes hemiparéticos y disartria por infartos capsulares durante los orgasmos. La cefalea postcoital es una entidad con 1% de prevalencia, mayor en pacientes con antecedentes de migrañas. Se postulan a aumento de la presión intracraneal. La HSA está descrita entre 3.8 y 12% de pacientes con cefalea postcoital. Otras entidades incluidas en el diagnóstico diferencial serían hipotensión intracraneal espontánea, síndromes de vasoconstricción cerebral reversible, meningitis o feocromocitoma. TRATAMIENTO. Se deriva a Neurocirugía. Se inicia tratamiento con nimodipino, heparina y analgésicos, con buena evolución.

Conclusiones:

La cefalea y la actividad sexual se relacionan a menudo con la controversia y el humor. Sin embargo, las cefaleas asociadas a la actividad sexual pueden ser todo menos una broma.

A-776

MÁS ALLÁ DE LOS DIURÉTICOS EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA. IMPORTANCIA DE LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DESENCADENANTES

**C Monroy Gómez, A Santamaría Marín, P Torres Delgado,
T Ortega Gómez-Alfárez, R Rodríguez-Bobada Aguirre**

Hospital General Universitario de Ciudad Real

Palabras Clave: insuficiencia cardiaca, anemia, hemólisis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 74 años con antecedente de valvulopatía mitroaórtica reumática intervenida en 1995 mediante implantación de prótesis mecánica y fibrilación auricular permanente. Acudió a urgencias por disnea progresiva, ortopnea y disnea paroxística nocturna en el último mes. Negaba dolor torácico, palpitaciones y fiebre. En la exploración la presión arterial era 172/85 mmHg, frecuencia cardíaca 80 lpm y saturación de oxígeno 93%. A la auscultación los tonos eran arrítmicos con clic protésico, soplo sistólico III/VI en foco mitral y crepitantes bibasales. Presentaba edemas bimaletales. En la analítica destacaba hemoglobina 8 g/dl, bilirrubina total 1,8 mg/dl y lactatodeshidrogenasa (LDH) 1.610 UI/L. La radiografía de tórax mostraba signos de congestión pulmonar y redistribución vascular. Se solicitó Coombs directo que fue negativo, haptoglobina que fue indetectable y frotis de sangre periférica, informado como anisocitosis con presencia de esquistocitos. Ante sospecha de disfunción valvular protésica se solicitó ecocardiograma urgente que evidenció insuficiencia periprotésica mitral de grado severo. El paciente ingresó en cardiología para tratamiento de insuficiencia cardíaca (ICC), se completó estudio de anemia mediante endoscopia que fue normal y cateterismo que mostró arterias coronarias sin lesiones, derivando al paciente a cirugía cardíaca para recambio valvular.

Conclusiones:

La ICC es la principal causa de ingresos en mayores de 65 años en los países desarrollados. La mortalidad anual en casos avanzados es de hasta el 40%. Reconocer los factores desencadenantes es fundamental para encontrar el tratamiento definitivo y poder mejorar el pronóstico. De no ser así, el tratamiento general de la ICC puede resultar ineficaz. La anemia supone una mayor frecuencia de hospitalizaciones y mortalidad en los casos de ICC. Valores de hemoglobina inferiores a 9 g/dl asocian mayor sintomatología. Aunque poco frecuente, se ha descrito como factor desencadenante la disfunción valvular. En estos casos, ocurre una hemólisis intravascular, que suele cursar con elevación de bilirrubina y LDH, y haptoglobina descendida o ausente. Los esquistocitos son hematíes rotos y constituyen el hallazgo patognomónico de todos los síndromes de fragmentación intravascular. La presencia de anemia intensa en un paciente portador de prótesis valvular debe hacernos sospechar una disfunción grave de la prótesis, siendo su sustitución el único tratamiento definitivo.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-777

DOLOR PLEURÍTICO CON ALTERACIÓN ECG

C Fernández Barreras (1), P Blanco Lapeña (2), U Blanco Fuentes (3), ME García Gurruchaga (4)

(1) Osakidetza, (2) Hospital Universitario Araba, (3) Emergentziak Osakidetza, (4) Hospital Universitaria Araba

Palabras Clave: pericarditis, dolor pleurítico, fiebre

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 35 años sin AP de interés que refiere desde hace una semana dolor torácico y dolor pleurítico en hemitorax izdo. que se irradia a ESI. Además de fiebre de 37,4°C, el dolor empeora con movimientos de tos y en decúbito supino. No náuseas ni vómitos. Fué valorado en urgencias y con Radiografía de torax sin hallazgos y analítica con leucocitosis fue tratado con Levofloxacin 500 mg cada 24 h y tramadol/Paracetamol cada 12 horas hasta hoy. El dolor lejos de mejorar ha ido en aumento, persistiendo fiebre. No otra clínica acompañante. Acude a urgencias porque el dolor no cede a pesar de tratamiento con Tramadol/paracetamol y dice que le es imposible dormir. EXPLORACIÓN CYC No ingurgitación yugular, auscultación cardiaca sin soplos ni ruidos pericárdicos. Auscultación pulmonar murmullo vesicular conservado. Resto anodino salvo que la posición decúbito supino es imposible por dolor y en posición Mahometana mejora. ECG Ritmo sinusal, PR descendido V2 y elevación difusa de ST mas llamativa en V4-V6 No T negativas. AS Hemograma 14000 leucocitos y PCR 27 mg/L con CK y Tnl normales ECOCARDIOGRAFÍA en urgencias: contractilidad normal con mínimo derrame pericárdico. Se administró Pantoprazol 20 mg y AAS 1 G. Cumple criterio ECG y clínicos de pericarditis aguda no complicada, se decidió alta con tratamiento a dosis antiinflamatorias y observación domiciliaria.

Conclusiones:

En un paciente con dolor pleurítico irradiado a ESI siempre hay que realizar un diagnóstico diferencial con las causas de dolor torácico y de la clínica respiratoria. Siempre descartar un síndrome coronario que tanto en la primera actuación médica (mediante marcadores de daño miocárdico normales) como en la segunda con anamnesis, y mediante pruebas complementarias se descartó. En este caso se pensó en un primer momento de infección respiratoria que al ver mala evolución y síntomas mas definidos se llegó al diagnóstico de pericarditis aguda. Presenta 2 de los tres síntomas de la triada de Beck: fiebre y dolor pleurítico, no se ausculta roce pericárdico. Además presenta ECG típico de pericarditis. La pericarditis no complicada se trata mediante antiinflamatorios no esteroideos, siendo los salicilatos los mas indicados.

A-778

UNA APARENTE MIGRAÑA

R Soriano Arroyo (1), C Piccone Saponara (2), C Montes Castillo (3), M Clemente Yélamos (3), L Muñoz Fernández (4), K de Vita Sanoja (4)

(1) Hospital Universitario del Tajo. Aranjuez (2) Hospital Universitario del Tajo. Aranjuez (3) Hospital Universitario La Paz, (4) Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid

Palabras Clave: headache, paresthesia, aphasia

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

ANTECEDENTES Varón de 43 años, hipertenso, natural de Rumanía. Sin tratamiento habitual ni alergias medicamentosas. HISTORIA Acude a urgencias por cuadro de cefalea holocraneal (pesadez cefálica), aturdimiento con tendencia a la somnolencia, además de parestesias en hombros, brazos, piernas y garganta de unos 6 días de evolución con empeoramiento de intensidad progresivo, acompañado en las últimas 24 horas de cuadro de afasia motora, con aparente desviación de comisura bucal según su esposa y 2 episodios de vómitos alimenticios. El paciente niega múltiples factores causales aparentes. EXPLORACIÓN Nerviosismo, mal estado general, taquipneico, con tensiones arteriales 170/100 mmHg a la llegada. NEUROLÓGICA: movimiento ocular extrínseco conservado, pupilas isocóricas normorreactivas, resto de pares craneales normales, no signos de compromiso meníngeo (Kerning y Brudzinsky negativos), reflejos conservados, pero mantiene afasia motora y falta de sensibilidad corporal aparente en ambos miembros inferiores de forma difusa e inespecífica. AUSCULTACIÓN: Tonos rítmicos a unos 70 lpm, murmullo vesicular normal, sin ruidos patológicos añadidos. ABDOMEN Y MIEMBROS: sin signos patológicos. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS ECG: ritmo sinusal a 82 lpm, sin bloqueos ni alteraciones de la repolarización. Analítica de sangre y orina con los siguientes hallazgos a destacar: Dímero D 1551 mg/L, lactato 2.8 mmol/L, benzodiazepinas positivo. TAC craneal y eco doppler de troncos supraaórticos: informados sin alteraciones significativas. Punción lumbar, con los siguientes datos significativos: Glucosa 63 mg/dl, proteínas 112,9 mg/dl, recuento leucocitario 204 células/mm3 de predominio linfomononuclear (99%), ADA y lactato normal. EVOLUCIÓN Debido a la persistencia clínica y a la incongruencia de datos, el paciente quedó ingreso en planta mejorando progresivamente. Tras realización de distintas pruebas específicas informadas como normales (PCR virus, inmunofenotipo, etc), se evidenció en RMN: lesión hiperintensa en el espleno del cuerpo calloso. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Pseudomigraña con pleocitosis, meningoencefalitis vírica Trastorno conversivo Accidente isquémico transitorio. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: pseudomigraña con pleocitosis Lesión aislada en cuerpo calloso (en seguimiento). PLAN AL ALTA. Revisión en consultas externas de neurología y medicina interna. Se inició tratamiento con: paracetamol, naproxeno, lorazepam.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

Conclusiones:

En nuestra práctica clínica diaria debemos de considerar la aparición de cuadros clínicos que simulan un accidente isquémico transitorio, como ocurrió con nuestro paciente. En aquel momento nuestra primera impresión diagnóstica fue la de probable trastorno conversivo en el contexto de una crisis de ansiedad.

A-779

PRESÍNCOPE EN JOVEN DEPORTISTA

JF Rodríguez Fernández, E Pérez García, S Sánchez Martínez

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

Palabras Clave: presíncope, electrocardiograma, ectópico

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 17 años. Sin enfermedades ni alergias conocidas, sin tratamiento crónico o habitual. No fumador, bebedor ocasional de fin de semana. Sin antecedentes familiares de interés. Deportista, jugador de fútbol de equipo amateur que acude a urgencias por cuadro de mareos y sensación de pérdida de fuerzas. Según refiere llevaba un día muy ajetreado con exámenes en el instituto y por la tarde con entrenamiento habitual. Había comido poco a lo largo del día. Al llegar a casa se sienta a ver la televisión. Se levanta para ir a beber un refresco cuando en la cocina comienza a sentirse mareado, con falta de fuerzas y sensación de caída al suelo. Su madre lo atiende y lo sienta en una silla. Comienza con náuseas, mayor sensación de debilidad, frío y sudoración profusa. No llega a perder el conocimiento. Se recupera del cuadro en pocos minutos sin secuelas. Negaba dolor torácico, palpitaciones, incontinencia esfinteriana, mordedura lengua o movimientos tónico-clónicos. A su llegada a Urgencias está asintomático, afebril, hemodinámicamente estable y con glucemia capilar normal. El examen físico es completamente normal sin hallazgos patológicos a la auscultación cardiopulmonar ni en el examen neurológico. Se realiza ECG que muestra onda P invertida en las derivaciones II, III y aVF (cara inferior) y un PR corto (<120 ms). Se trata de un ritmo auricular bajo o ectópico que no necesariamente tiene carácter patológico. Además la RX de Tórax y analítica con perfil cardiaco fueron normales.

Conclusiones:

El ritmo auricular bajo o ectópico es un hallazgo poco frecuente (8% de los electrocardiogramas en reposo de deportistas). No implica ninguna patología y se considera normal en gente joven o deportistas, en los que predomina el tono vagal, donde se considera una variante de la normalidad. Por ello, la difusión de su existencia es importante con tal de no generar falsos diagnósticos o falsas alarmas. Para realizar un diagnóstico diferencial correcto se debe realizar una anamnesis detallada sobre la aparición de sintomatología durante el ejercicio (mareos, palpitaciones, síncope, disnea) así como valorar la realización de ergometría para visualizar la respuesta de las ondas P al ejercicio.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-780

MÁS ALLÁ DE LAS VIRIASIS

B García Marina, R Parada López, J Penedo Arrugueta, C Hidalgo Collazos, J del Cañizo Canto, Z Jiménez Bretones, L Cano Alcaide

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

Palabras Clave: mononucleosis infecciosa, azatioprina, herpes virus 4 humano

Ámbito del caso:
Extrahospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN. En la evaluación de pacientes jóvenes con patologías banales, se deben evaluar siempre otros factores que influyen tanto en el pronóstico como en el diagnóstico de una patología aparentemente banal. **OBJETIVO.** Tener en cuenta que el uso de inmunosupresores nos cambia el pronóstico de numerosas patologías aparentemente banales y por lo tanto nuestra actitud frente a ese paciente debe cambiar. **PACIENTE.** Varón de 23 años con diagnóstico hace 9 años de enfermedad de Crohn en remisión clínica en tratamiento con azatioprina desde hace 6 años. Acude a urgencias por fiebre mantenida de tres días de evolución de hasta 38°, refiere leve cervicalgia, y astenia sin otra sintomatología asociada. En la exploración física estable hemodinamicamente con esplenomegalia de 3 cm resto anodino, exploración neurológica: sin focalidad. Se solicita analítica: Hemograma L 2.390/mcL (neutrófilos 1.600/mcL L 400/ μ L, M 100/ μ L, E 0) Plaquetas 89.000/mcL. Coagulación: Tiempo de protrombina 16.5 segundos. Actividad de protrombina 55.0 %, I.N.R. 1.44. Bioquímica Bilirrubina total 1.3 mg/dl, LDH 647 U/L, GPT 132 U/L, GOT 207 U/L, Proteína c reactiva 47.8 mg/L, Test de Mononucleosis Positivo. Se realiza ecografía abdominal, se observa esplenomegalía de 16 cm. Se decide ingreso con suspensión de azatioprina y estrecho control analítica ya que se trata de una paciente inmunosuprimido con una infección por virus de Epstein Barr con descenso de dos series hematológicas y datos de citolisis. Durante el ingreso presenta buena evolución tanto clínica como analítica se decide alta con supresión de tratamiento inmunosupresor.

Conclusiones:

El VEB se ha visto implicado en el desarrollo de enfermedades graves como consecuencia de su acantonamiento en pacientes tratados con fármacos inmunomoduladores. Por tanto se debe realizar una vigilancia y control mas exhaustivo así como la suspensión del tratamiento en fase aguda. Se desconoce cuál debe ser la actitud en pacientes que presenten infecciones virales graves bajo tratamiento inmunomodulador una vez éstas se han superado. En este contexto se proponen diversas estrategias, tanto terapéuticas como preventivas (retirada de los inmunomoduladores, el tratamiento antiviral).

A-781

CONGESTIÓN NASAL Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO

MA Aguayo López, J Valle Alonso, J Pedraza García, P Lara Cachinero, F Rosa Úbeda, A López Sánchez, F Rico Rodríguez

Hospital Valle de Los Pedroches. Córdoba

Palabras Clave: oxymetazoline, acute coronary syndrome, coronary vasospasm

Ámbito del caso:
Hospitalaria

Historia clínica:

ANTECEDENTES PERSONALES: Varón de 37 años sin antecedentes médicos ni quirúrgicos, fumador con consumo acumulado de 21/paquetes/año y en tratamiento con analgésicos y spray nasal a diario (oximetazolina) a demanda para congestión nasal. **ENFERMEDAD ACTUAL:** Remitido en UVI móvil por dolor centrotorácico opresivo iniciado en reposo y acompañado de diaforesis. Se realiza ECG donde se objetiva elevación ST en cara inferolateral realizándose durante su traslado fibrinólisis. Al llegar al Hospital se encuentra asintomático con normalización del electrocardiograma. **EXPLORACIÓN FÍSICA:** Rigurosamente normal por aparatos. **CONSTANTES HEMODINAMICAS.** T.A 100/65mmh, Fc 65lpm, F.respiratoria 12 y afebril. **EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIA:** Hb 15.4, Ht^o 44.3 sin leucocitosis y plaquetas normales. Bioquímica normal, enzimas cardiacas Troponina pico maximo en 24h de 2.130 ng/ml. **EVOLUCIÓN:** Ingresado en UCI quedando asintomático. Se realiza ETT no reglada con VI normal y FEVI 70%, leve hipoquinesia cara lateral e inferior, resto normal. Reinterrogado confiesa que utiliza la oximetazolina a diario y sin saber precisar las inhalaciones que realiza. Además refiere que en otras ocasiones ha tenido dolor torácico al utilizarlo pero que se autolimitaba en minutos. Se realiza cateterismo que revela lesión severa en circunfleja realizando angioplastia y colocación de un stent.

Conclusiones:

El spray nasal de uso común contiene 0,05% de oximetazolina de efecto prolongado y está disponible en las farmacias sin receta médica e indicado para la congestión nasal. Se considera generalmente que es un fármaco seguro. Sin embargo es un potente alfa-1 agonista adrenérgico y tiene el potencial de causar vasoconstricción sistémica e hipertensión. Esto puede causar bien por déficit de suministro de oxígeno o por desajuste de la demanda la angina de pecho o infarto de miocardio, especialmente en pacientes con alteración de la circulación coronaria. Aunque nuestro paciente tenía solo el tabaquismo como factor de riesgo para la cardiopatía isquémica y el cateterismo sólo reveló una lesión severa en prebifurcación de circunfleja, pensamos que la oximetazolina fue el gatillo que disparó una cardiopatía isquémica silente, lo que refuerza aún más la hipótesis del vasoespasmo y / o infarto por desajuste de oferta / demanda de oxígeno como el mecanismo para el infarto en nuestro paciente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-782

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO

M Cárdenas Antón, J Beteta Moya, P Olmedo Carrillo, L Pancorbo Fernández

Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén

Palabras Clave: trombosis, yugulo, subclavio, diagnóstico

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 64 años con antecedentes personales de hipertensión y dislipemia. Acude a urgencias traumatológicas por dolor en hombro izquierdo de dos meses de evolución, desencadenado por movimientos de abducción por el que ha sido estudiada en consultas de traumatología siendo diagnosticada de síndrome subacromial en tratamiento con antiinflamatorios y rehabilitación. Desde hace 5 días presenta aumento de la intensidad del dolor de similares características a las previas, edema, enrojecimiento proximal y cianosis distal de miembro superior izquierdo. Se realiza analítica sanguínea donde no se aprecia anemia ni leucocitosis, proteína C reactiva de 21,7 mg/dl, fibrinógeno de 500 y DD de 4058. Se solicita eco-doppler que evidencia aumento de calibre distal de yugular interna izquierda que se extiende hasta el confluente yugulo-subclavio con ausencia de compresibilidad y flujo que corresponde a trombo. Vena subclavia con aumento de calibre con trombo en su interior. Colaterales superficiales. Se realiza TAC con contraste informado como trombosis de yugular interna, subclavia, axilar y tronco venoso braquio-cefálico venoso. No adenopatías, masas ni colecciones mediastínicas que compriman las venas. La paciente inició tratamiento con heparina y se ingresó en Medicina Interna para continuar estudio.

Conclusiones:

La trombosis venosa profunda de miembro superior es una patología muy poco frecuente, menos del 5% de todos los casos. Consecuencia de factores causantes de hipercoagulabilidad (edad, sexo raza, factores genéticos y ambientales...) por lo que precisa de ingreso para descartar principalmente los secundarios a neoplasias, ya que puede ser previa a la manifestación clínica de la neoplasia.

A-783

DOLOR EN HIPOCONDRIO IZQUIERDO: MASA BENIGNA

MJ Rodríguez Ourens, B Vilaboy Arias, M García Rodríguez, A Piera Carbonell, O Rodríguez Maroto

Hospital de Cabueñes. Gijón, Asturias

Palabras Clave: leiomyoma, acute abdomen, diagnosis

Historia clínica:

Mujer de 42 años aquejada de dolor abdominal en hemiabdomen izquierdo, fiebre y diarrea de 48 horas de evolución. Había regresado de un viaje a Malasia tres días antes. Antecedentes Personales: sin interés Exploración física: Temperatura 38°C. Tensión arterial :127/60. Eupneica en reposo. Normocoloración Auscultación cardiopulmonar : normal. Abdomen, blando, doloroso a la palpación en hipocondrio izquierdo y vacío izquierdo. Ocupación en hemiabdomen izquierdo. Peristalsis positiva Pruebas complementarias: Hemoglobina 11,8 g/dl, Leucocitos 12680, Plaquetas normales. Bioquímica : glucosa, sodio, potasio, función renal, función hepática normales. Proteína C reactiva 119 mg/L. Orina: normal. Radiología da abdomen, sin imágenes de patología aguda ni signos de obstrucción. Se completan los estudios urgentes con una Ecografía abdominal que es informada como masa en mesogastrio e hemiabdomen izquierdo de contornos bien definidos con zonas hipocogénicas en su interior que parece asentarse en el mesenterio. Útero globuloso con miomas en su interior. Líquido libre en ambas fosas ilíacas Evolución La paciente es ingresada a cargo de Medicina Interna para estudio de la masa abdominal y ante el cuadro asociado de fiebre y diarrea sumado a su viaje reciente al extranjero, se hace despistaje de patología infecciosa. Durante el ingreso la paciente queda asintomática del dolor y de la fiebre. Los hemocultivos y el urinocultivo son negativos. Se solicita TAC abdominal: se observa una masa en hemiabdomen izquierdo bien definida, sólida de 15 centímetros de diámetro máximo que capta débilmente el contraste. El polo inferior alcanza la cavidad pélvica y parece observarse un pedículo de 2 cm que lo une a el útero miomatoso. Resto normal. Se realiza biopsia de la masa abdominal, sin signos de malignidad La paciente es Alta y se deriva al servicio de Ginecología para valoración. Se programa para Histerectomía abdominal (dado el tamaño del mioma)

Conclusiones:

Las causas más frecuentes de dolor en hipocondrio izquierdo son: pancreatitis, cuadros obstructivos o diverticulitis sin embargo en este caso, la causa es leiomioma uterino gigante. Los leiomiomas uterinos normalmente no cursan con dolor salvo si son pediculados y sufren torsión que pueden originar un abdomen agudo



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-784

NO ES MALIGNO TODO LO QUE PARECE

A Campanario León, A Aymerich Sánchez, AA de Morla Domínguez, B Villacañas Redondo, MI Uberhuaga Candia, CL Coss, AJ Domínguez Teba

Hospital El Escorial. Madrid

Palabras Clave: lengua vellosa, parálisis facial, tabaco

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Varón de 71 años que acude a urgencias por sensación de adormecimiento parcial de comisura labial izquierda de tres días de evolución que ha ido en aumento. Refiere haber estado una semana en tratamiento con Nistatina oral pautado por su médico de atención primaria por candidiasis oral. ANTECEDENTES PERSONALES: diabetes en tratamiento con metformina, hipertensión arterial en tratamiento con enalapril e intervenido de estenosis femoral, portador de stent en tratamiento con ácidoacetil salicílico de 100mg. Fumador de 63 años (20 cig./día). EXPLORACIÓN FÍSICA: Consciente y orientado. Buen estado general. Bien nutrido, perfundido, hidratado y coloreado. Eupneico. Afebril. No adenopatías significativas. No exantemas ni petequias. Cabeza y cuello: Carótidas rítmicas y simétricas. No ingurgitación yugular. ORL: Lesión sobrelveada en base de la lengua amarillenta de bordes mal limitados que no se desprende al rascado. Auscultación cardíaca: rítmico y sin soplos Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular conservado. Sin ruidos añadidos Neurológico: Pupilas isocóricas y normoreactivas. Asimetría facial. Logoftalmia izquierda. No borramiento de surcos frontales pero sí disminución de pliegues frontal y nasogeniano ipsilaterales, desviación de la comisura bucal hacia la derecha. No afectación resto de pares craneales. Fuerza 5/5. Sensibilidad conservada. No claudicación en barre. Reflejos osteotendinosos conservados. Romberg negativo. Marcha normal. PLAN Se deriva a hospital de referencia para valoración urgente por servicio de otorrinolaringología. Mantiene tratamiento con corticoides con buena respuesta, recuperándose de la parálisis facial sin secuelas y solicitan RM de cuello de forma diferida. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS RM cuello: Lesión bien delimitada, de 1,2 cm aproximadamente, que oblitera la valleculeta izquierda, con comportamiento de señal quístico, compatible con lesión quística/mucoide. Resto sin hallazgos patológicos. JUICIO CLÍNICO Lengua vellosa Parálisis facial izquierda periférica

Conclusiones:

La lengua vellosa es una patología benigna que suele aparecer en pacientes que reúnen distintos factores de riesgo como son la mala higiene oral, el uso prolongado de antibióticos, el uso local de oxidantes y astringentes contenidos en colutorios, enfermedades que afectan a la movilidad de la lengua y tratamiento con Bismuto. Esta enfermedad se agrava en aquellos pacientes que abusan de tabaco y de algunos alimentos que desprenden pigmentos como el café y el

vino tinto. La lengua vellosa debe distinguirse de la infección candidiásica y de la leucoplaquia oral vellosa. El tratamiento consiste en corregir los factores etiopatogénicos que la han motivado, cepillado de la región dorsal para desprender el material adherente, lavados con peróxido de hidrógeno diluido y enjuagues bucales con colutorios antimicrobianos suaves.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-785

LA DISNEA CARDIACA Y LA MIOCARDIOPATÍA DILATADA DE CAUSA ISQUÉMICA COMO ORIGEN

ML Abolafia Montes, A Perea Fernández, J Beteta Moya

Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras Clave: disnea, miocardiopatía, isquemia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente varón de 58 años que acude a urgencias hospitalarias por cuadro de disnea progresiva de esfuerzo desde hace 1 mes, haciéndose de mínimos esfuerzos sin edemas ni ortopnea, y dolor torácico atípico. Su médico ha interpretado el cuadro como bronquial, sin mejoría a pesar de tratamiento. A la exploración solo destaca soplo sistólico mitral con analítica de ingreso normal y en Rx tórax cardiomegalia global con redistribución. Se realiza ecocardiografía con dx de miocardiopatía dilatada, ingresándose en cardiología para tratamiento y estudio. En planta con tratamiento mejoría notable, nueva ecocardiograma que confirma la miocardiopatía dilata con disfunción sistólica y diastólica severa, realizándose coronariografía, y hallándose enfermedad de 3 vasos con revascularización percutánea completa tras 7 stents. Alta tras estabilización con dx de dilatación ventricular izquierda y disfunción sistólica severa de causa isquémica. En revisión por consultas gran mejoría de la disnea, ahora solo presente con esfuerzos importantes, solicitándose CardioRNM y con resultado de miocardiopatía dilatada con disfunción sistólica severa (VI), ventrículo derecho normal y ausencia de zonas de realce tardío.

Conclusiones:

La disnea hay que diferenciarla si es cardiaca o pulmonar: la cardiaca se relaciona con angina, ortopnea o disnea paroxística nocturna, ingurgitación yugular, soplos, cardiomegalia y ritmo de galope: la pulmonar es más gradual, aumenta con ejercicio, no ortopnea, incluso mejora en decúbito, tras tos y eliminación de secreciones. Ante sospecha de paciente con síntomas de insuficiencia cardiaca se debe realizar Rx tórax para comprobar si existe aumento de la silueta cardiaca. El diagnóstico definitivo se hace tras ecocardiografía que permite ver la dilatación de cavidades cardiacas y la disfunción miocárdica. A veces es preciso cateterismo para descartar o confirmar enfermedad coronaria como causa de la disfunción cardiaca y/o resonancia cardiaca para saber la causa. La causa más frecuente de miocardiopatía dilatada es la enfermedad coronaria, menos habitual alcohol, arritmias, parto o después de miocarditis. Es más frecuente entre 40-50 años y su incidencia es de 3 a 10 casos cada 100.000 habitantes. Cuando la causa es por enfermedad coronaria, la apertura de estas por cateterismo puede mejorar la función del corazón.

A-786

CASO ABIERTO: SOBRECARGA AGUDA DE VENTRÍCULO DERECHO

G Navarro Jiménez, N Simarro Grande, SS Mendoza Lizardo, C Fuentes Santos

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

Palabras Clave: insuficiencia cardiaca, embolia, adenocarcinoma

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 79 años hipertenso y dislipémico, adenocarcinoma de próstata estadio IV. Ingresó un mes antes por fractura patológica de cuello femoral izquierdo con colocación de prótesis. En tratamiento con Heparina profiláctica. Acude por disnea progresiva hasta mínimos esfuerzos y edemas en piernas tras alta hospitalaria hace 7 días. A la exploración destaca constantes estables, taquipnea, trabajo respiratorio y palidez mucocutánea. Ingurgitación yugular 5 cm a 45°, no soplos, sibilancias dispersas, edemas con fovea en miembros inferiores. ECG: ritmo sinusal con ondas T invertidas de V1-V5 ausentes en ECG previo. Radiografía Tórax: sin hallazgos. Analítica: anemia normo-norma, plaquetopenia y elevación de marcadores de daño tisular (LDH, GOT, FA, CPK), troponina I seriada normal. Dímero D 8523. TAC protocolo TEP: sin hallazgos. Interconsulta Cardiología: ecocardiograma transtorácico: se descarta síndrome coronario agudo, los datos sugieren sobrecarga abrupta de ventrículo derecho. Valoración hematología: Cuadro leucoeritroblástico por infiltración medular por cáncer de próstata, trombopenia aguda en tratamiento con Heparina (anticuerpos anti-FP4-heparina negativos). Desestimado ingreso en UCI, ingresa en medicina interna produciéndose empeoramiento clínico y finalmente éxitus. No realizada necropsia.

Conclusiones:

Realizamos el diagnóstico diferencial de sobrecarga aguda de cavidades derechas, trombopenia y anemia asociada a trombosis y patología pulmonar aguda con TAC normal. El diagnóstico que explica el cuadro es la embolia tumoral, patología infrecuente y normalmente diagnosticada en necropsias. Se asocia a tumores sólidos, como el de próstata y cursa con disnea aguda/subaguda e insuficiencia cardiaca derecha, suele existir progresión tumoral a otros niveles, siendo frecuente la infiltración de médula ósea. En el TAC pulmonar, lo más frecuente es la ausencia de signos de enfermedad parenquimatosa, linfática o vascular. La gammagrafía, donde aparecen defectos periféricos de perfusión, tiene utilidad mayor. El microembolismo tumoral es poco frecuente y diagnosticado postmortem. Debemos sospecharlo en pacientes con antecedentes de cáncer y disnea aguda/subaguda o sospecha de embolia donde no se puede confirmar origen trombotico. La sospecha clínica más una gammagrafía característica pueden orientar pero su diagnóstico normalmente es sólo de exclusión. No existe tratamiento específico y presenta elevada morbimortalidad.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-787

UNA DESFIBRILACIÓN, UNA VIDA

**L Delgado Alonso (1), R Rodríguez Calzada (2),
F Martín Rodríguez (2), M Sanz Almazán (3), B Martín Pérez (3),
B Tijero Rodríguez (3), L de Vega Paredes (1)**

(1) SVB Medicalizado. Medina de Rioseco, Valladolid, (2) UME 1. Valladolid, (3) Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Palabras Clave: fibrilación ventricular, cardioversión eléctrica, displasia ventricular derecha arritmogénica

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: la fibrilación ventricular y taquicardia ventricular son las causas más comunes de muerte súbita cardíaca y se deben, en la gran mayoría de los casos, a una cardiopatía grave. Las arritmias ventriculares se asocian a una importante morbi-mortalidad y se tratan de emergencias médicas que requieren una actuación rápida y donde el tratamiento principal es la desfibrilación precoz. **MOTIVO DE CONSULTA:** varón de 44 años, deportista, sin AP de interés. Como AF destacan un familiar de 2º grado portador de un DAI, otros familiares con IAM y su hermano con una cardiopatía congénita que no sabe precisar bien. Refiere mientras trabajaba, dolor opresivo precordial, no irradiado, de 1 hora de evolución, asociado a sudoración profusa, sensación nauseosa y mareo sin pérdida de conocimiento. **EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** TA 102/56, Fc 226 lpm, Sat O2 98%, glucemia capilar 108 mg/dl. Consciente, orientado, colaborador, sudoración fría, palidez cutáneo-mucosa. Carótidas isopulsátiles con latido prominente. AC: rítmica sin soplos, taquicárdica. AP MVC. ECG: taquicardia ventricular sostenida **TRATAMIENTO:** 300 mg amiodarona iv, 1/3 amp. dolantina iv, 1 amp. primperan iv. Durante el traslado al hospital, el ritmo cambia a FV siendo necesaria la desfibrilación inmediata. Tras un primer choque con palas a 200 julios no se revierte el ritmo siendo necesaria una segunda desfibrilación que resulta efectiva, entrando el paciente en RS y estando consciente en todo momento. **DIAGNÓSTICO:** Taquicardia ventricular. Fibrilación ventricular.

Conclusiones:

Las arritmias ventriculares son una observación frecuente en los pacientes con miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho y a menudo constituyen la forma de presentación inicial de la enfermedad. Se trata de una enfermedad del músculo cardíaco de origen genético que afecta sobre todo a adultos jóvenes deportistas, en la que el miocardio es sustituido por tejido fibroadiposo y que puede dar lugar a arritmias, muerte súbita e insuficiencia cardíaca. En nuestro paciente, la agregación familiar, el estudio genético positivo, la presencia de arritmias en el ECG y una RM donde se apreciaron anomalías funcionales y estructurales permitieron establecer el diagnóstico. El tratamiento incluyó medidas farmacológicas con betabloqueantes y la implantación de un desfibrilador automático dado su perfil de riesgo elevado de muerte súbita.

A-788

TENÍA EL CORAZÓN ROTO

**AB Garvía Ruiz (1), R Rojas Luán (2), A Cantero Sandoval (2),
T Criado Rubio (3), C Saz Froilán (4), PP Herrera González (4),
JM Marín Martínez (5)**

(1) Unidad Sanitaria Mando Naval de Canarias, (2) HUVA. Murcia, (3) Arsenal. Ferrol, La Coruña, (4) Ba (Gando, Las Palmas de G.C.), (5) HUVA. El Palmar, Murcia

Palabras Clave: foramen oval, ataque isquémico transitorio, parestesia

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Varón de 42 años, marino de profesión, sin antecedentes cardiovasculares de interés salvo fumador de aproximadamente 1 paquete/día que acude a la consulta refiriendo dos episodios de parestesias en todo el hemitórax izquierdo de cabeza a MMII izq de segundos de duración con recuperación neurológica completa, uno en los dos días previos y otro cuatro días antes. A la EF presenta una TA: 120/80, FC: 80lpm, Sat O2 99%, T° 36°C. CyC: no se auscultan soplos carotídeos. No adenopatías. ACP: Rítmico, sin soplos. MVN. Abdomen: Byd, no doloroso, no masas ni megalias. No se auscultan soplos abdominales. MMII: pulsos pedios palpables y simétricos, no edemas. NRL: PC centrados y simétricos. FyS normales. ROT conservados y simétricos bilateralmente. Marcha normal. Sin signos de focalidad aguda. ECG: RS a 84lpm. Eje QRS a -30°. HBAIHH, sin alteraciones ST. Fue atendido en su barco mientras navegaba, por lo que era imposible realizar Pruebas complementarias más específicas, se administró AAS 250mg y se observó durante 10 días sin nuevos síntomas. A su ingreso en Unidad Neurología Hospital se realiza toda la batería diagnóstica de protocolo de ictus, RX TX, TAC Y RMN cerebral,... y ETE que, finalmente, objetiva un FOP altamente trombótico, por lo que el paciente es propuesto para cirugía cardíaca programada.

Conclusiones:

El FOP es una lesión cardíaca congénita presente en el 25% de la población adulta. Su diagnóstico, evaluación y tratamiento han despertado un creciente interés desde que se propuso que esta entidad tiene relación con diversas patologías como el infarto cerebral criptogénico, el síndrome de descompresión, el de platipnea-ortodexosia o las migrañas. Sin embargo, hay datos contradictorios sobre estas asociaciones. De la misma forma, el tratamiento de elección es un tema en discusión. Nuestro caso permite demostrar la relación de esta patología con microinfartos cerebrales y la importancia de su diagnóstico, ya que la profesión de este paciente le hubiese podido llevar a bucear en algún momento de su vida pudiendo esto suponer, incluso, la muerte.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-790

UN INCENDIO QUE TERMINA EN INFARTO

B Zwierzyńska, J Toral Sánchez, C Cacho Vergara, J González Losada, O Arencibia Lantigua, J Pavón Monzo

*Urgencias. Hospital Universitario Dr. Negrín.
Las Palmas de Gran Canaria*

Palabras Clave: Tako-Tsubo, infarto, estrés

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

58 años, mujer. Fumadora 40 paquetes/año y dislipémica sin tratamiento. Tras episodio de estrés por incendio en casa de un vecino comienza con dolor centrotorácico opresivo, no irradiado y sin cortejo de una hora aproximada de duración que cede de manera autolimitada. Asintomática en días previos. A la exploración, RsCsRs sin ruidos sobreañadidos, no ingurgitación yugular. No edemas. En analítica destaca alteración en biomarcadores: CK 132->152->164 Trop 805,9->898->599,6 EKG: QS de V1-V4 con supradesnivel del ST y ondas T negativas en V2 y aVL con ligera rectificación ST en II,III,aVF, V5-V6. Al Ecocardiograma: disfunción VI moderada con aquinesia de septo medio distal, apical, lateral medio distal, anterior medio distal e inferior medio distal con hipercontractilidad de segmentos basales. Tras una semana en planta, totalmente asintomática, la paciente firma alta voluntaria.

Conclusiones:

El síndrome de Tako-Tsubo (disfunción ventricular transitoria) se parece clínicamente a un SCA pero no existen lesiones en las arterias coronarias. Afecta a mujeres posmenopáusicas y se relaciona con un estrés emocional y/o físico. Suele presentar un curso benigno y una recuperación a todos los niveles, sin la necesidad de administrar fibrinolíticos. El ecocardiograma muestra disfunción del ventrículo izquierdo con hipocinesia, acinesia o discinesia de los segmentos apicales e hipercontractilidad de los segmentos basales. El cateterismo precoz presenta coronarias normales o lesiones no significativas. Se presenta como un cuadro agudo y grave, con riesgo para la vida del paciente por diferentes complicaciones posibles: shock cardiogénico, insuficiencia cardíaca izquierda con o sin edema agudo de pulmón, insuficiencia mitral, arritmias ventriculares, formación de trombos murales, rotura de pared libre del ventrículo izquierdo y muerte (1%). Todas las alteraciones descritas poseen carácter transitorio y reversible. Generalmente existe una evolución favorable, con normalización electrocardiográfica, enzimática y de la función ventricular a las 4-8 semanas del episodio. Se desconoce su causa, pero se sabe que afecta más al sexo femenino (9:1) y que la edad de máxima incidencia es entre los 60 y los 80 años. En todos los casos descritos hasta el momento, el episodio coronario se ha precedido de un estrés físico o psíquico que parece actuar como agente desencadenante. Si el diagnóstico es precoz debería evitarse el uso de fibrinolíticos.

A-791

COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR COMO COMPLICACIÓN TRAS INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

N Iribarren Lorenzo, V Fernández Rodríguez, I Sánchez Jiménez

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Palabras Clave: ventricular septal rupture, myocardial infarction, shock, cardiogenic

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 63 años, exfumador, ictus isquémico (2010), fibrilación auricular (FA) revertida (2011), trombosis esplénica (2012) y portal (2013), acude a su médico por dolor torácico opresivo irradiado a hombro izquierdo de 2 días de evolución con diagnóstico de ansiedad sin ECG. A los 2 días acude a Urgencias por persistencia del dolor, disartria, facial izquierdo y paresia de miembro inferior izquierdo. Taquicárdico y mal perfundido. ECG: elevación del ST en cara antero-septal, se activa código corazón y se desactiva código ictus al relacionar clínica neurológica con bajo gasto. Ecocardiografía transtorácica (ETT): dilatación de ventrículo izquierdo (VI), acinesia, disfunción severa de VI y comunicación interventricular (CIV) en septo apical con gran shunt izquierda-derecha. Analítica: CK 1854, tpt 7677, creatinina 2,86. Coronariografía: oclusión subaguda de Descendente Anterior (DA) proximal, se implanta balón de contrapulsación intraaórtico (BiACP) y se decide intervención quirúrgica emergente con cierre de CIV. Tras la misma se repite ecocardiografía con mejoría de la contractilidad del ventrículo derecho (VD) y corrección de la CIV. El paciente se traslada a planta en FA con progresiva estabilización hasta su alta.

Conclusiones:

Las complicaciones mecánicas tras infarto agudo de miocardio (IAM) presentan baja incidencia (0,2%). Son graves y precisan diagnóstico y tratamiento precoces. Las principales son: CIV 0,6%, rotura libre de pared de ventrículo izquierdo, insuficiencia mitral 28% y derrame pericárdico 6,6%. El 80% requieren BiACP. Aparición precoz, entre 18-24 h. El método diagnóstico es la Ecocardiografía y los hallazgos físicos por inestabilidad hemodinámica. El doppler color precisa el tamaño del defecto. Con mala ventana acústica puede ser útil la ETE. Sexo femenino, edad avanzada, hipertensión arterial, IAM anterior, ausencia de IAM previo y retraso en la llegada al hospital, se asocian a mayor mortalidad. Los infartos inferiores se asocian a CIV complejas más inaccesibles quirúrgicamente. Los infartos anteriores se asocian a CIV simple (apical) pero a shock cardiogénico y arritmias malignas. Mortalidad mayor del 44-50%. El tratamiento de elección es quirúrgico. Algunos estudios, observan mortalidad inferior con cirugía días tras diagnóstico, quizás por la dificultad de intervenir un miocardio infartado. La fibrinólisis reduce la incidencia de CIV aunque en algunos casos, provoca disección hemorrágica del miocardio, acelerando el comienzo de CIV.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-792

VARÓN DE 30 AÑOS CON FIEBRE TRAS UN VIAJE A CAMERÚN

F Sabio Reyes, V Fuentes García, F Santamarina Carvajal

Hospital Universitario San Cecilio. Granada

Palabras Clave: fever, malaria, plasmodium

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

HISTORIA CLÍNICA: ANTECEDENTES PERSONALES: Sin interés. **ANAMNESIS:** Varón de 30 años con síndrome febril sin foco claro de 5 días de evolución, que se presenta a los 4 días de la vuelta de Camerún. Antes del viaje recibió vacunas de fiebre amarilla, meningitis, poliomielitis y se le recomendó profilaxis antipalúdica con Malarone. Tras la vuelta comienza con importante malestar general, astenia y anorexia, fiebre alta con escalofríos. No clínica urinaria ni respiratoria asociadas al cuadro. Una deposición acuosa sin productos patológicos. **EXPLORACIÓN FÍSICA:** Tensión arterial 128/79 mmHg, Frecuencia cardíaca 133 lpm, T°39,4°C, SO₂ 96%. Tinte icterico en conjuntivas. NO rigidez de nuca. Auscultación cardíaca: taquicardia rítmica sin soplos ni extratonos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Resto anodino. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** **RADIOGRAFÍA TÓRAX:** Normal. **ANALÍTICA:** Creatinina 0,74 / Urea 20 / sodio 127 / potasio 3,5 / Glucosa 152 / GPT 108 / Bilirrubina total 2 / Bilirrubina directa 1,2 / Hemoglobina 13,6 / Hematocrito 39% / VCM 89 / Plaquetas 31.000, trombopenia confirmada, Leucocitos 3.300 / PCR 105 / INR 1,12 ¿Se cursan hemocultivos, urocultivo y coprocultivo. Serología hepatitis (A, B y C), VIH, CMV negativos. GOTA GRUESA. Anillos de P. falciparum. En el frotis se observan hematíes parasitados por Plasmodium (12%) **ANTIGENOS:** POSITIVO P. falciparum. **DNA (PCR):** POSITIVO P. falciparum y P. ovale. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Malaria, Dengue, Leptospirosis, primoinfección por VIH, VHA, Rickettsiosis, Brucelosis, Fiebre tifoidea, Fiebre recurrente por Borrelia y Enfermedad del sueño. **JUICIO CLÍNICO:** Paludismo mixto por P.falciparum y P.ovale con parasitación alta (12%) e importante trombopenia. **EVOLUCIÓN:** Se puso tratamiento con QUININA 600mg/8h más doxiciclina 100mg/12h durante 7 días, al alta se añade PRIMAQUINA 14 días tras confirmar que el paciente no tiene déficit de Glucosa-6-Fosfato- Deshidrogenasa (G6PD).

Conclusiones:

Ningún antipalúdico garantiza una protección total frente a la malaria, por lo tanto aunque el paciente haya realizado correctamente la profilaxis antipalúdica, ante un cuadro febril a la vuelta de un viaje a estos países hay que descartar la malaria.

A-794

AMPUTACIÓN TRANSFALÁNGICA DE MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO TRAS INYECCIÓN INTRAARTERIAL ACCIDENTAL DE ESTANOZOLOL

E Montero Romero, S Villar Jiménez, JM Camero Macías,

E Carey Doblaz, E Pérez García, P Morera Pérez, FT Gómez Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Palabras Clave: injection of drugs, acute ischemia, hyperbaric oxygen therapy

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Varón de 32 años, atendido por dolor brusco, frialdad, cianosis, impotencia funcional y ausencia de pulsos cubital y radial del miembro superior izquierdo, de una hora de evolución, tras inyección intravenosa de anabolizante androgénico. Ex adicto a drogas vía parenteral. **Exploración:** consciente, orientado, Glasgow de 15 puntos, sin focalidad neurológica. Estabilidad hemodinámica sin insuficiencia cardíaca ni respiratoria. Signos de punción en flexura del codo izquierdo. **Pruebas complementarias:** ECG, hemograma, bioquímica, gasometría, CPK, coagulación, doppler y arteriografía del miembro superior izquierdo. A destacar: CPK de 2356 unidades/ml en posterior descenso, ausencia de flujo en arteria radial, cubital e interdigitales en doppler. **Arteriografía:** permeabilidad de arteria radial, cubital e interósea a nivel proximal, ocluyéndose las tres a nivel distal, no visualizándose la arcada palmar ni las interdigitales. Tras confirmar la sospecha de inyección intraarterial de fármacos, se inició tratamiento con heparina sódica intravenosa, AAS y perfusión de bicarbonato intravenoso. Tras 8 horas de observación y, ante la ausencia de mejoría clínica, se decide tratamiento con dexametasona intravenosa y nifedipino sublingual. Tras 24 horas, las lesiones en antebrazo fueron desapareciendo y las más distales delimitándose. Fue recuperando la funcionalidad del miembro quedando afectas únicamente las falanges distales. Tras 3 días y, dado que el tratamiento quirúrgico revascularizador no era opción por la localización distal de las lesiones, se optó por tratamiento conservador domiciliario con AAS, antagonistas del calcio y heparina de bajo peso molecular a dosis anticoagulantes, realizándose una amputación transfalángica de los 5 dedos a los 3 meses.

Conclusiones:

El estanozolol es un esteroide anabólico ampliamente utilizado en fisicoculturismo. La clínica de la inyección intraarterial de fármacos corresponde a isquemia aguda, el diagnóstico diferencial debemos realizarlo con la embolia de origen cardíaco, trombosis y traumatismos, síndrome de obstrucción de la salida torácica y vasculitis. La mayoría de lesiones se producen en vaso pequeño, el tratamiento revascularizador mediante cirugía abierta o endovascular a menudo no es posible. Se acepta tratamiento inicial con heparina sódica, vasodilatadores (antagonistas del calcio, papaverina, iloprost), bicarbonato, AAS y corticosteroides para reducir la inflamación endotelial. La terapia mediante cámara hiperbárica es controvertida. Algunos recomiendan simpatectomía mediante anestésicos locales en plexo axilar. La fibrinólisis intraarterial ha sido reportada exitosa.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-795

¿QUÉ PUEDE HABER DETRÁS DE UN SÍNCOPE?

S Moreno García Moreno García (1), P González-Quirós Fernández (2), Y García González (3), E Ferrero Fernández (3), Z Vázquez Álvarez (3), S Sánchez Menéndez (3)

(1) Hospital de Jerez de La Frontera, (2) Hospital Valle del Nalón, (3) Hospital del Oriente de Asturias

Palabras Clave: síncope, extrasistolia, bradicardia

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Varón fumador y bebedor. No alergias. Vive solo. No tratamientos. HISTORIA ACTUAL Acude al Centro de Salud tras sufrir síncope con TCE. Allí suturan y al incorporar al paciente, síncope. Realizan un ECG se observa lesión subepicárdica anterior. Al estar la sala de hemodinámica del hospital de referencia ocupada se traslada a otro hospital de referencia de la comunidad para Angioplastia 1ª. Normotenso. FC 80 feto enólico Auscultación cardiopulmonar: normal. Pruebas complementarias: CPK: 2348, Troponina T: 477 ECG1: elevación del ST en cara anterior ECG2. RIVA (Ritmo Idioventricular acelerado) Coronariografía: enfermedad coronaria de 1 vaso ETT: hipocinesia severa-acinesia de todos los segmentos apicales y de segmento medio de cara septal. DIAGNÓSTICO SCACEST (Síndrome coronario agudo con elevación del ST) anterior Killip I: 90% estenosis descendente anterior. Implante de stent convencional. EVOLUCIÓN: Buena. Se traslada al hospital de referencia por falta de camas. Al alta ha presentado tendencia a hipotensión y extrasistolia ventricular frecuente (EVF). A los 20 días, ingresa en hospital comarcal: Síncope esta mañana sin dolor torácico, nota mareo intenso con vista nublada y desvanecimiento. Posteriormente disminución del tono postural con caída. Recuperación lenta, con estado de malestar y mareo posterior. En el primer contacto médico FC 70 lpm, TA 70/56. En analítica destaca Hemoglobina 8 (al alta Hemoglobina 12-13). Tacto rectal normal. ECG y TnT no sugestivos de nuevo SCACEST, por lo que se ingresa monitorizado para descartar origen arritmico de los síncope. Se transfunden dos concentrados de hemáties. Buena evolución, con EVF y rachas de bigeminismo. Posteriormente presenta dos episodios de bradicardia progresiva seguidos de asistolia de 4 y 6 segundos y otra de 9 segundos. Se traslada al hospital de referencia. EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS: Ingresa en Coronarias, donde se coloca marcapasos temporal. Se revisa todo, concluyendo que la causa de los síntomas parecen en relación con cuadro neuromediado (bradicardia sinusal progresiva, pausa sinusal, perfil clínico de los síntomas) en paciente con anemia de novo y toma de betabloqueantes. Sin arritmias durante monitorización, se retira marcapasos sin incidencias.

Conclusiones:

Paciente que ingresa por SCACEST y presenta síncope de repetición, objetivándose pausas de asistolia en el contexto de cuadro neuromediado, sin ser atribuible a trastornos de la conducción, diagnosticándose de anemia de novo.

A-796

MIOCARDIOPATÍA DILATADA: DEL DEBUT AL TRATAMIENTO CRÓNICO

O Oger O (1), MN López Laguna (2), A Hernández Hernández (3), S Sanz de Galdeano Delgado (3), I Alonso Segurado (3), MA Insausti Lorduy (3)

(1) HGO Urgencias, (2) HGO, (3) Clínica Universidad de Navarra. Navarra

Palabras Clave: miocardiopatía, DAI, tóxicos

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón 31 años, obeso, HTA y HLP no tratado. Cazador y granjero, contacto con animales y herbicidas. Padre con FA permanente. Acude a Urgencias por disnea de esfuerzo, progresiva, desde un mes y medio, ortopnea de 2 almohadas y episodios de DPN, dolor torácico no sugestivo de angina. Síncope previo hace 5 meses, por lo que no consultó. Días previos fiebre por infección respiratoria, que empeora su disnea hasta esfuerzos mínimos. A su llegada datos clínicos de IC franca. ECG: Taquicardia sinusal, con extrasístole SV y episodios de TVNS de 4-5 latidos con morfología de BRI. AS: leucocitosis leve, pro-BNP 580 Rx tórax: cardiomegalia Se inicia tratamiento y se hace IC a UCI. ETT: dilatación de VI, hipocontratilidad septo basal-medio, FEVI 28%, HP moderada. Ingreso en UCI para monitorización y tratamiento de IC. Tras insistir en anamnesis, afirma consumo de alcohol y metanfetaminas. Tras tratamiento adecuado de la insuficiencia cardiaca se realiza RMN cardiaca confirma MCPD con afectación biventricular y DVI severa con FVI 24%. Fibrosis interseptal no isquémica y subendocardica inferoapical. DIAGNÓSTICO: MCPD (no filiada) con DVI severa, IM moderada-severa e IT severa e HTP que debuta con cuadro de IC de predominio izquierdo.

Conclusiones:

La miocardiopatía dilatada se caracteriza por dilatación de VI (o ambos ventrículos) con reducción de FE. El diagnóstico se establece después de descartar miocardiopatías específicas (cardiopatía isquémica, miocarditis, por tóxicos, por depósito?) Estudios diagnósticos: Analítica, ECG, ecocardiograma, RMN, cateterismo (descartar causa isquémica), biopsia endomiocárdica (en situaciones específicas) Tratamiento: En el contexto agudo el tratamiento habitual es diuréticos y vasodilatadores, valorando la necesidad de inotrópicos en caso de hipoperfusión por bajo gasto cardiaco (oliguria, frialdad, disminución del nivel de consciencia?) De forma crónica el tratamiento debe incluir IECA o ARA II, betabloqueantes y antialdosterónicos como tratamiento para mejoría pronóstica. Diuréticos y digital son útiles en el tratamiento sintomático. La terapia de resincronización cardiaca en casos seleccionados (BRI, QRS>120 ms, NYHA II-III) es un tratamiento muy efectivo. En algunos casos el tratamiento definitivo es el trasplante cardiaco. Estos pacientes se benefician de la implantación de DAI (FEVI<30% tras tratamiento específico) como prevención de MS.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-797

FIBRINOLISIS EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS, ¿SÍ O NO?

E Jiménez Ruiz, P Olmedo Carrillo, MP Lora Coronado

Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras Clave: hemiplejía, ictus, fibrinolisis

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Varón de 81 años, NAMC, independiente para las actividades de la vida diaria, HTA, hiperlipemia mixta, hiperuricemia, diabético tipo II, arteriopatía y retinopatía diabética, insuficiencia venosa, insuficiencia cardíaca, valvulopatía aórtica intervenida con prótesis valvular metálica, fibrilación auricular en tratamiento con anticoagulación oral, adenocarcinoma de colon en 2011. Acude a urgencias por malestar general, sudoración profusa, deterioro neurológico progresivo, comenzando con disartria y posteriormente hemiparesia de hemicuerpo derecho, de cuatro horas de evolución. Se activa código ICTUS, solicitamos analítica con hemograma y bioquímica dentro de rangos de normalidad y coagulación INR: 1,5, TAC craneal con disminución de atenuación de sustancia blanca periventricular compatible con focos isquémicos crónicos, no signos de hemorragia intra ni extraaxial y no alteraciones morfológicas ni de densidad. Se realiza interconsulta con Intensivista de guardia para valoración de tratamiento fibrinolítico. Conjuntamente valoramos los criterios de inclusión, creando controversia algunos criterios de exclusión, como la edad, el tratamiento ACO y la enfermedad neoplásica. Ninguno excluía al paciente, es mayor de 80 años con buena calidad de vida, en remisión completa oncológica e INR actual < 1,7. Finalmente se desestima fibrinólisis por que el tiempo transcurrido desde el inicio de la clínica era > 4,5 horas.

Conclusiones:

El accidente cerebral agudo (ACVA), es un proceso frecuente. Presenta una incidencia en España de 100-285/100000 habitantes/año. Tiene una gravedad importante siendo la 3ª causa de muerte en el mundo y la 1ª causa de mortalidad en mujeres en nuestro país. Además sus costes sociales son muy elevados siendo la 1ª causa de invalidez en España. Los objetos en el manejo del ICTUS en el Servicio de Urgencias son claros y deben ser eficaces. Realizar una rápida clasificación y valoración inicial, realizar pruebas complementarias (analítica y Tac), identificar Código Ictus, coordinación multidisciplinar y decisión de fibrinólisis además de tratamiento general y de comorbilidades.

A-798

CORNADA DE CABRA

IM Fernández Guerrero, AL Mora Gómez, MB Moltó García, J Sánchez López, MM Ventura Ventura, A Román Serrano, MR Martín Vélez

Complejo Hospitalario de Granada

Palabras Clave: pleural neoplasm, breast neoplasm, goat

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

ANAMNESIS: Mujer de 48 años, antecedentes personales de varicectomía el año anterior. Sin alergias conocidas. Consulta por disnea súbita de 2 días de evolución, sin fiebre ni clínica de infección respiratoria. No dolor torácico ni edematización de MMII, sí presenta edema unilateral en MSD desde hacía 2 días. EXPLORACIÓN: TA: 110/30 fc 110lpm, taquipneica, sat O2 93%, afebril. ACR: hipoventilación derecha, al visualizar el tórax encontramos en pared anterior derecha una herida abierta de unos 6x7cm profunda, maloliente, con edema de pared y exudado amarillento. Al interrogar a la paciente refiere que hacía un mes una cabra le había dado una cornada (haciéndole una herida), y que no había consultado nunca con su médico por este motivo. Se apreciaba además una evidente retracción mamaria que la paciente achacaba al golpe que le dió la cabra. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hemograma y bioquímica normal, PCR 110. Coagulación normal con DD 1. Rx tórax: derrame pleural derecho. Debido a la clínica de disnea súbita y el DD positivo, con probabilidad pre-Test de Wells moderada, se realizó AngioTAC para descartar TEP y poder valorar la lesión ulcerada torácica abierta. Se informó: sin datos de TEP, colección en región mamaria derecha con signos inflamatorios de pared torácica. Posible afectación metastásica ganglionar axilar bilateral e intramamaria derecha, ósea y pulmonar. Al continuar con disnea, realizamos toracocentesis con salida de unos 1500cc de líquido claro. Se analizó con resultados característicos de exudado: glucosa 119, LDH 203, amilasa 36, ADA 16,9 leucocitos 1100 (PMN8%, mononucleares 92%). Ingresó en Ginecológica por sospecha de cáncer de mama avanzado.

Conclusiones:

Debido a los avances en prevención de cáncer de mama, no es frecuente encontrar casos tan avanzados sin diagnosticar. El antecedente de la cornada de la cabra es un elemento distractor de la sintomatología evidente de retracción de mama y herida ulcerada, aunque volvimos a preguntar a la paciente por sensación de tumoración en mama previa, lo negaba en todo momento. Este tipo de casos atendidos en urgencias son raros pero no podemos pasarlos por alto.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-799

ADENOPATÍA SUPRACLAVICULAR EN URGENCIAS

A Portela Martín (1), F García Martín (2), A Delgado de Paz (3), P Gutiérrez García (4), B Antón González (5), S Díez Morales (5), T Gómez González (5)

(1) Centro de Salud Covaresa-Parque Alameda, (2) Hospital Universitario Río Hortega, (3) C.S. Plaza del Ejército, (4) Centro de Salud Covaresa-Parque Alameda, (5) C.S. Huerta del Rey. Valladolid

Palabras Clave: enfermedad de Hodgkin, ganglios linfáticos, oncología médica

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Varón de 34 años sin alergias medicamentosas conocidas, sin hábitos tóxicos exceptuando ingesta de alcohol esporádica, antecedentes de traumatismo craneoencefálico (1999) y cirugía por rotura de tendón de Aquiles, herniorrafia y adenoidectomía. No toma medicación crónica. Acude a urgencias porque refiere hinchazón del cuello tras la cena con dolor de la base anterior, sin disfagia, disnea ni sintomatología que comprometiera la vida del paciente. Actualmente en tratamiento con ebastina e hidroxicina por prurito, principalmente nocturno, generalizado pero más acentuado en plantas y cuero cabelludo de 3 meses de evolución, pendiente de filiación y en seguimiento por alergología. A la exploración no se aprecia asimetría del cuello, se palpa dolor en la inserción distal del esternocleidomastoideo izquierdo, 3 microadenopatías laterales de 0.5 cm de diámetro, dolorosas y una adenopatía supraclavicular izquierda de 1.5 cm de diámetro, no dolorosa, dura, no adherida a planos profundos. Además refiere sudoración nocturna y pérdida de peso de 2-3 kg en los últimos meses que relaciona con descansar poco tras reciente paternidad. Nos planteamos como opciones diagnósticas: enfermedad autoinmune, neoplasias hematológicas o proceso maligno pulmonar, digestivo, testicular o renal. Se decide estudio con hemograma y bioquímica, aportándonos un resultado con 11.100 leucocitos con leve linfopenia (5,1%), PCR 97, LDH 322 y resto de datos anodinos, y una radiografía de tórax objetivándose un gran ensanchamiento mediastínico. Ante la sospecha de linfoma de Hodgkin se realiza interconsulta al servicio de Hematología que completa estudio ambulatoriamente con TAC cervicotorácico-abdominal describiendo adenopatías supra e infradiaphragmáticas, afectación esplénica y masa Bulky a nivel mediastínico. Además se objetiva lesión hepática inespecífica. Se sospecha linfoma de Hodgkin estadio de Ann Arbor-Costwolds IIIS(E)+B+X. Actualmente, la punción-aspiración con aguja fina no ha sido diagnóstica, se encuentra pendiente de intervención por parte de Cirugía Maxilofacial para confirmación anatomopatológica y comenzar pauta de tratamiento quimioterápico+/radioterápico.

Conclusiones:

Con este caso se pretende destacar la importancia de una correcta anamnesis y exploración física sobre todo en pacientes jóvenes que pueden llegar a presentar patologías de importancia como en este caso oncológicas. Destacar que en urgencias puede llegarse a un diagnóstico de sospecha con alta probabilidad mediante el uso de pruebas diagnósticas de baja complejidad.

A-800

DOLOR TORÁCICO Y SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

P Fajardo Velasco, R Rivas Martínez, ML Millán Montilla

Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras Clave: dolor torácico, disnea, hipertensión arterial

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente joven con dolor centrotorácico súbito, intenso y punzante irradiado a espalda, ECG Elevación del ST cara inferior, al que se le realiza ETT y se evidencia insuficiencia aórtica moderada. Ante sospecha de síndrome aórtico agudo se realiza angiotac torácico: disección tipo A de clasificación de Stanford desde tracto de salida aórtico hasta bifurcación ilíacas. AF: padre fallecido 43 años por cardiopatía isquémica. AP: HTA e hipercolesterolemia no controladas. paciente comienza súbitamente con dolor centrotorácico intenso justo cuando iba a comenzar carrera de atletismo. Se realiza ECG ascenso del ST en cara inferior, síndrome de preexcitación e HVI. Se avisa a UCI. A la exploración física Cifras tensionales elevadas a pesar de tratamiento para SCA : 180/70 se ausculta soplo diastólico en foco aórtico. Evidenciamos pulso radiales asimétricos, siendo derecho más débil. Pruebas complementarias en urgencias: ECG, analítica con enzimas cardíacas normales, rx de tórax sin hallazgos. UCI valora enfermo se realiza Ecocardiograma transtorácico HVI e insuficiencia aórtica moderada y angiotac: disección tipo A de Stanford (la disección aórtica se extiende desde tracto de salida aorta torácica hasta bifurcación de arterias ilíacas y origen de tronco braquiocefálico derecho). Pautamos tto labetalol y perfusión de NTG para control TA. Paciente se traslada urgente a cirugía cardíaca torácica en Córdoba. Intervenido quirúrgicamente de urgencias con éxito.

Conclusiones:

EL SSA hace alusión disección aórtica, hematoma intramural y úlcera aterosclerótica penetrante. EL 20% de pacientes afectados por DA fallecen antes de llegar al hospital, 30% durante hospitalización y 20% en los 10 años posteriores. El factor de riesgo más importante es HTA. La Insuficiencia cardíaca es generada por insuficiencia aórtica, IAM y taponamiento cardíaco. EL IAM suele ubicarse cara inferior se debe a disección retrógrada que compromete ostium de ACD. DA tipo A la mortalidad es mayor en pacientes con IAM. Tto quirúrgico urgente (para prevenir rotura o aparición de derrame pericárdico) la mortalidad desciende a las 24 horas en 10%, a los 7 días en 13% y en 30 días un 20%. TAC prueba que aporta mayor información en urgencias. Es deber del médico de urgencias sospecharlo, al presentar primeros indicios para llegar al dx certero con apoyo de pruebas complementarias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-803

IMPORTANCIA DE UN AMPLIO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA ANTE SÍNTOMAS FRECUENTES EN URGENCIAS

MJ Martínez López (1), A Lozano Vicente (2), R Aranda Colubi (3)

(1) CS Santa Olalla del Cala, (2) CS San José de la Rinconada, (3) CS San José de la Rinconada. Sevilla

Palabras Clave: signs and symptoms, emergencies, differential diagnosis

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Se describe el caso clínico de un varón de 66 años con antecedentes de HTA y alergia, en tratamiento con ebastina y montelukast. Consulta en urgencias de Atención Primaria por dolor brusco, opresivo, en hemitórax derecho irradiado a espalda, que se exacerba con la tos (presente ésta los meses previos). El dolor comenzó unas 8h antes de la consulta, mientras realizaba el paciente esfuerzo físico. Mejoró con butilescolamina que tomó en domicilio. A la exploración presenta taquipnea leve, fiebre de 38°C, FC:106 lpm, Sat de O₂ 96%, TA 150/95 y AR: con disminución del murmullo vesicular y crepitantes en base derecha. El EKG: sólo presenta taquicardia sinusal. Es derivado al hospital con sospecha de infección respiratoria y para la realización de radiografía. En el hospital el hemograma muestra leucocitosis de 13550 mcg/l sin neutrofilia, bioquímica con PCR:62.49 mg/l, CPK total 70 u/l, TNT: 6.41. Radiografía de tórax sin hallazgos de interés. Gasometría: ph 7.41, pCO₂: 40.6 mmhg, HCO₃: 25.2 mmol/l. Reevaluando al paciente se encuentra afebril pero refiere dolor torácico opresivo en ese momento por lo que solicitan Dímeros D para ampliar estudio. El resultado es 1805 mcg/l solicitándose entonces Angiotac con resultado: hallazgos compatibles con TEP bilateral.

Conclusiones:

En nuestro caso este paciente se derivó desde AP para la realización de radiografía ante sospecha de cuadro infeccioso. En el hospital, de inicio no se sospechó TEP, fue la persistencia del dolor y la ausencia de alteraciones en la radiografía lo que hizo plantearse otros diagnósticos. El dolor torácico es una causa común de consulta en un servicio de urgencias y nuestra labor es excluir causas graves como el SCA, TEP, Neumotórax, Perforación esofágica, Síndrome aórtico agudo o Taponamiento cardiaco. Aunque la prevalencia de algunas de ellas es baja, no diagnosticarlas podría suponer el fallecimiento del paciente. En Atención Primaria no se suele disponer de pruebas complementarias inmediatas y en ocasiones se realiza tratamiento empírico de los cuadros sólo con la sospecha diagnóstica y estabilidad del paciente. Este caso nos demuestra que a veces las pruebas complementarias son indispensables.

A-804

BEBIDAS ENERGÉTICAS Y ALCOHOL, ¿UNA COMBINACIÓN EXPLOSIVA?

A Navarro Carrillo, MA Romero Cebrián, M Martínez Ramírez, R Pastor Toledo, M Esteso Perona, L Abad López, I González Molina

Hospital General Villarrobledo. Albacete

Palabras Clave: atrial fibrillation, energy drinks, alcoholic beverages

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 37 años sin antecedentes de interés que acudió a nuestro servicio por clínica de palpitaciones y dolor centrotorácico opresivo sin cortejo vegetativo de una hora de duración. A su llegada tensión arterial 108/70 mmHg, frecuencia cardiaca 120 latidos por minuto, afebril y saturación basal de oxígeno 100%. En la exploración física sólo destacaban signos de intoxicación etílica y auscultación cardiaca arritmica. Radiografía de tórax sin signos de insuficiencia cardiaca ni cardiomegalia. Se realizó analítica con seriación de enzimas cardiacas, siendo normales, y presentaba leucocitosis con neutrofilia. Los tóxicos en orina fueron negativos. Con el diagnóstico final de fibrilación auricular paroxística de menos de 48 horas de evolución y al no haber datos de cardiopatía estructural, se inició tratamiento con flecainida no siendo efectiva. Finalmente se consiguió revertir a ritmo sinusal con cardioversión eléctrica previa sedoanalgesia y consentimiento informado. Reinterrogando al paciente sobre posibles desencadenantes, el paciente aseguraba haber ingerido al menos cinco bebidas energéticas (Red Bull-marca registrada-) mezcladas con bebidas alcohólicas, si bien no recordaba todo lo ocurrido en las horas previas.

Conclusiones:

En múltiples artículos científicos se sugiere la asociación entre consumo de cafeína con el desencadenamiento de episodios de arritmias cardiacas, entre ellas la fibrilación auricular, si bien la relación causa-efecto todavía no se encuentra bien establecida. En una revisión de estudios se concluyó que en pacientes sanos el consumo de cafeína no provocaba fibrilación auricular. Por otro lado el consumo de bebidas energéticas es creciente en la sociedad actual, en especial en la población joven. Estas bebidas contienen dosis muy altas de cafeína y otras sustancias químicas que potencialmente pueden estimular el corazón. A pesar de eso los efectos del consumo a corto y largo plazo son todavía desconocidos, siendo necesarios más estudios para demostrar una relación con la provocación de arritmias cardiacas. Hasta entonces, parece lógico limitar o prohibir su consumo en pacientes con antecedentes de arritmias cardiacas. En cuanto al alcohol sí existen estudios que demuestran que el consumo moderado o severo de alcohol se relaciona a fibrilación auricular, añadiéndose además las alteraciones estructurales cardiacas que provoca el consumo crónico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-805

DOCTOR, ESTE DOLOR NO ME DEJA VIVIR

MP Suárez Beke (1), P Lázaro Aragüés (2), JA Sánchez Nicolás (2), MJ Martínez Valero (1)

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Palabras Clave: heacache, acute, diagnosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 29 años que hace 3 días presenta cefalea hemicraneal derecha opresiva sin sono/fotofobia, sin náuseas, vómitos, ni alteración del nivel de conciencia. Afebril. Respeta el sueño. La cefalea remitió ligeramente con Diazepam 5mg/12 horas. Hoy, tras levantarse y estando en el trabajo, presenta aumento en la intensidad de la cefalea hemicraneal derecha asociado a parestesias ipsilaterales y nerviosismo con llanto. ANTECEDENTES PERSONALES: Gastritis crónica, mola hidatiforme incompleta en 2010. Con ACO desde los 18 años. Cefalea crónica, con mala respuesta a AINE. Alopecia androgénica. EXPLORACIÓN FÍSICA: TA:88/55, T°:35.9, FC:75, SAT:98%. Consciente y orientada, BEG, normocoloreada, bien hidratada, bien nutrida, bien perfundida. Glasgow: 15. Auscultación cardíaca y pulmonar normal. Abdomen normal. Mamas: galactorrea bilateral. MMII sin edemas. Exploración neurológica: Nivel y contenido de conciencia normal, campimetria por confrontación normal, PPCC centrados y simétricos. No alteración de la marcha ni sedestación. Fuerza y sensibilidad normal. Romberg y Barany negativos. No signos menígeos. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS. ANALÍTICA urgencias normal. -TAC cerebral. Masa supraselar. RM cerebral e hipófisis: Masa selar de 22x17x14 mm. Resto normal. Administración de contraste la masa realza progresivamente a excepción de las zonas de aspecto quístico/necrótico. No se aprecian áreas de sangrado. CONCLUSIÓN: Macroadenoma hipofisario de 22x17x14 mm de tamaño con degeneración quística, sin signos de invasión de senos cavernosos y con mínima excavación de margen izquierdo de suelo de silla turca. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. CEFALIA SÚBITA NO RECURRENTE (hemorragia subaracnoidea, ICTUS, disección arterial cervical). CEFALIA DE RECIENTE COMIENZO: 2ª infección intracraneal, 2ª trombosis de senos venosos o venas cerebrales, arteritis de la temporal. CEFALIAS AGUDAS RECURRENTE: Migraña, cefaleas trigémino-autonómicas, neuralgias. CEFALIAS AGUDAS PROGRESIVAS: Síndrome de hipertensión intracraneal, hipertensión intracraneal. CEFALIAS CRÓNICAS DIARIAS: Migraña crónica, cefalea tensional crónica, cefalea por abuso de medicamentos. DERIVACIÓN Y SEGUIMIENTO Consultas Externas Endocrinología: TSH 2.89mU/ml, T4I 1.22ng/dl, cortisol 30.3mcg/dl, ACTH 29.6pg/ml, FSH<0.1 mU/ml, LH<0.1 mU/ml, PRL 93.65 ng/ml, estradiol<5 pg/ml. Tratamiento: cabergolina 0.5mg:1c/d Lunes y Jueves. Suspender ACO. A los 3 meses:RMN: masa selar de 21x13x9mm, compatible con macroadenoma hipofisario que desplaza el quiasma óptico. Campimetria: normal. Prolactina 1.05 ng/ml, resto normal. Tratamien-

to: 1mg/día Lunes y Jueves. Plan: Escasa respuesta al tratamiento médico con cifras de prolactina que podrían ser por desconexión. Derivan a Neurocirugía.

Conclusiones:

Es necesario hacer especial hincapié en cómo es el dolor (su historia natural, forma de instauración, duración, horario de aparición o empeoramiento, localización, intensidad). Hay que realizar una buena exploración física y neurológica y si precisa, fondo de ojo y exploración otorrinolaringológica. Conocer el estado psicológico del paciente. Solicitar las pruebas complementarias necesarias para descartar patología aguda.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-806

GOLPE DE CALOR CON CONSECUENCIAS FATALES: ICTUS ISQUÉMICO CAROTÍDEO PRECIPITADO POR HIPOTENSIÓN MANTENIDA

A Gil Rodrigo, S Guzmán Martínez, A Carratalá Ballesta

Hospital General Universitario de Alicante

Palabras Clave: heat stroke, cerebral infarction, thermoregulation

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

17 h Mes de Julio. Alicante. Varón de 45 años que acude tras haber sufrido dos síncope. El primero de ellos a las 13h mientras se duchaba, con sensación prodrómica y con recuperación posterior completa y espontánea. Media hora después presenta episodio similar, manteniendo debilidad en EEL y progresiva alteración del lenguaje. A las 16,30h consulta por persistir síntomas. Es remitido a hospital para valoración. Refiere el acompañante que en la mañana ha realizado deporte intenso, con importante exposición al sol. No otros síntomas previos. Niega tóxicos ni fármacos. Antecedentes personales: HTA en tratamiento con Valsartan 160 mg/24h Exploración física: TA de 66/48 a 72 lpm. T° 39°C. Glasgow 10. Mal estado general. Hipoperfusión y anhidrosis distal. Semiología cardiopulmonar y abdominal anodina. Alerta. Nivel de conciencia fluctuante. Mirada centrada con pupilas isocóricas y normorreactivas. Afasia global, emisión de sonidos incomprensibles, no nomina ni repite. Hemiparesia facio-braquicrural derecha 1/5 y hemihipoestesia ipsilateral. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Golpe de calor Disección Aorta Ascendente ACV Estatus epiléptico. Hipertermia maligna. Infecciones SNC Se activa Código Ictus a las 17,20h y se inician medidas físicas de enfriamiento, fluidoterapia, con buena respuesta de temperatura, y anticonvulsivantes por presentar crisis tónica de MIDcho. Destaca Creat 2.24 y FG 33.41, CK 450. pO₂ 72 y pCO₂ 32 mmHg en, con pH normal. Resto normal.

Conclusiones:

De entre las pruebas realizadas destaca Infarto isquémico establecido ACM Izda distal. No subsidiario de fibrinólisis por superar 4,30h, ni manejo endovascular por localización distal. Pasa a Unidad de Críticos, durante ingreso sin mejoría clínica. Se traslada a Hospital de Crónicos con afasia motora y hemiparesia y hemihipoestesia dchas 1/5. (NIH 15) DISCUSIÓN: El golpe de calor es una entidad clínica compleja por el fracaso multiorgánico que condiciona. Precisa de una sospecha y abordaje precoz. Su mortalidad, puede superar el 70%, en relación con el tiempo que dure la hipertermia. Hay evidencia de la disfunción cerebral por toxicidad directa. Sin embargo, una favorable evolución del control de temperatura y una inversa progresión neurológica debería hacernos replantear el diagnóstico. ¿Podría la hipotensión sistémica generada ocasionar una isquemia cerebral con consecuencias como las expuestas en el caso anterior?

A-807

GASTRITIS ENFISEMATOSA, UN CASO RESUELTO MEDIANTE TRATAMIENTO MÉDICO CONSERVADOR PRECOZ

**M Rodríguez Casimiro (1), D Diz González (2),
A Cañas Barranco (2), S Díaz Lería (2)**

(1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria, (2) Hospital de Antequera. Málaga

Palabras Clave: gastritis enfisematosa, diagnóstico, tomografía computerizada

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 50 años, antecedentes de Retraso cognitivo y Diabetes Mellitus tipo 1. Acude por hipoglucemia, y estando en urgencias, comienza con dolor abdominal y vómito oscuro, solicitándose pruebas complementarias y pasa a observación. Se encuentra estable hemodinámicamente, aunque requiere controles glucémicos continuados. En las pruebas solicitadas destaca en radiografía abdominal gran dilatación de cavidad gástrica, realizándose tomografía computerizada (TAC) de abdomen que muestra dilatación muy severa gástrica y de la primera y segunda porción duodenal, con burbujas aéreas en pared de fundus gástrico, duodeno proximal y en porta y ramas portales intrahepáticas. Ante estos hallazgos se inicia antibioterapia endovenosa, y se realiza endoscopia digestiva alta, objetivándose necrosis extensa y total de la pared gástrica. Dados los hallazgos, se planteó intervención quirúrgica que la familia rechazó, quedando ingresada en planta de Cirugía para tratamiento conservador. Tras varias semanas con antibioterapia y nutrición parenteral, la evolución fue favorable, pudiendo procederse el alta a domicilio.

Conclusiones:

La gastritis enfisematosa es una infección rara y potencialmente mortal, causada por una invasión de gérmenes en la mucosa gástrica que provocan la presencia de gas en la misma, dando lugar a inflamación aguda y supurativa de la pared gástrica, formación de abscesos y necrosis. Se relaciona con diferentes factores, como ingesta de cáusticos, abuso de alcohol, diabetes o úlcera gástrica. El cuadro clínico se caracteriza por dolor abdominal agudo y progresivo, asociándose a repercusión sistémica, fallo orgánico y muerte en más del 60% de los casos. Para su diagnóstico es fundamental una prueba de imagen: de elección la TAC, que muestra la presencia de gas en el interior de la pared gástrica en asociación con el aumento de su espesor, siendo estos dos hallazgos la clave del diagnóstico. El tratamiento consiste en soporte de parámetros vitales y antibioterapia inicial, precisando cirugía en caso de fracaso. Debido a su inespecífica clínica inicial y el ser una afección inusual, el diagnóstico suele ser tardío y con frecuencia evoluciona a peritonitis grave de muy mal pronóstico, aunque en algunos casos como el de nuestra paciente, el tratamiento antibiótico precoz puede ser curativo, lo que mejora las tasas de supervivencia.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-808

TUMEFACCIÓN DE MIEMBRO SUPERIOR ASOCIADO A DISFONÍA

A Gómez Martínez, MJ Marzo Miedes, SJ Velásquez Díaz, M Llinares Antón, V Sánchez Ferrández, MA Malia Pérez, LE Velasco Elizondo

Hospital General Universitario de Elda-Virgen de la Salud. Alicante

Palabras Clave: dysphonia, upper extremity deep vein thrombosis, aortic aneurysm, thoracic

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Varón de 63 años, exfumador desde hace 1 año de 10 años/paquete, en seguimiento por el Servicio de Oftalmología por trombosis venosa del ojo izquierdo. Acudió al Servicio de Urgencias por edema y dolor en miembro superior izquierdo (MSI) de unas horas de evolución. Niega traumatismo previo. No otra clínica acompañante salvo disfonía de 1 mes de evolución. A la auscultación cardiaca se observó soplo sistólico de predominio izquierdo. En MSI se apreció edema y tumefacción con pulsos presentes de la arteria braquial. El resto de la exploración física fue normal. No se observó ningún dato patológico en la analítica de sangre ni el electrocardiograma. En la placa de tórax se objetivó una masa en vértice superior del pulmón izquierdo con desplazamiento traqueal contralateral. Ante la sospecha de lesión pulmonar versus vascular, se realizó una Tomografía Computerizada donde se visualizó gran aneurisma del cayado aórtico (89.5x94.5cm) con trombosis mural que condicionaba desplazamiento contralateral del mediastino, defecto de repleción en el tronco venoso braquiocefálico izquierdo anterior a la desembocadura de las venas yugular y subclavia ipsilaterales así como en la vena subclavia y tramo visualizable de la vena yugular izquierda en relación con trombosis venosa profunda por compresión extrínseca. Tras el diagnóstico de aneurisma de aorta torácica con afectación del nervio recurrente y trombosis venosa profunda del tronco braquiocefálico izquierdo por compresión extrínseca, se comenta el caso con el Servicio de Cirugía Cardíaca, que recomendó anticoagulación y estudio en consultas externas dada la estabilidad hemodinámica del paciente.

Conclusiones:

A todo paciente que llegue a nuestro Servicio de Urgencias por disfonía de largo tiempo de evolución, debemos realizarle una placa de tórax para descartar lesiones vasculares o pulmonares que puedan poner en riesgo la vida de nuestro paciente. Aunque sí que hemos encontrado casos reportados de aneurisma de aorta con trombosis venosa de miembro inferior, no hemos encontrado otros casos asociados a trombosis venosa de miembro superior y disfonía de forma conjunta.

A-809

ESTUDIO DEL SÍNCOPE

L Blázquez González, Y Reverte Pagán, CM Cano Bernal, MC Quesada Martínez, B Sánchez García, JI Giménez, MA Muñoz Tomás

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

Palabras Clave: brugada syndrome, syncope, sudden death

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 40 años con antecedentes de lumbalgia crónica, fumador. Consulta por dolor centrotorácico, opresivo, no irradiado, que comenzó en reposo y fue autolimitado en pocos segundos o un minuto. Durante el episodio, refiere pérdida de conocimiento de segundos de duración, con recuperación espontánea, sin confusión posterior. No náuseas, ni vómitos, ni otras sintomatología acompañante. Constantes normales, auscultación cardíaca rítmica, sin auscultar soplos. Auscultación pulmonar murmullo vesicular conservado. Resto de exploración física y neurológica normales. Electrocardiograma (ECG): RS a 85 latidos por minuto, eje a 60°. Bloqueo de rama derecha, con ascenso del punto J en derivaciones precordiales derechas, con ascenso descendente del segmento ST y con ondas T negativas (morfología de Brugada tipo 1). Dados los resultados, se decidió ingreso en cardiología para estudio.

Conclusiones:

Es interesante haber descubierto este tipo de arritmia en urgencias, ya que el ECG en ocasiones puede ser normal. Esta patología, de herencia autosómica dominante, que produce la hipofunción de los canales de sodio. En estos pacientes, cualquier situación de predominio vagal, fármacos o la fiebre pueden desencadenar arritmias ventriculares, e incluso provocar la muerte súbita por fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sostenida. Por ello, un patrón tipo 1 en ECG junto con sintomatología (ya sea síncope de causa no explicada o la taquicardia ventricular documentada) son indicaciones de tratamiento con implante de desfibrilador automático (DAI).



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-810

DOCTORA, ME AHOGO

A García-Noblejas Fernández, E Aznar Andrés, M Alguacil Pulido, CF González García

Hospital Universitario de Getafe. Madrid

Palabras Clave: dyspnea, cardiac tamponade, lung neoplasms

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Presentación del caso: Varón, 48 años obeso, exfumador, hipertenso y dislipémico. Refiere dolor torácico irradiado a espalda, disnea y ortopnea de 2 días de evolución. Refiere además anuria desde hace 10 horas, aumento del perímetro abdominal y edemas en MMII. Presenta una masa cervical valorada por su MAP y pendiente de cita en Cirugía general. Exploración física: Afebril, FC 124 lpm, TA 113/64 mmHg y SatO₂ 97%(basal). Tumoración dura en región cervical derecha, adherida a planos profundos. AC: rítmico sin soplos. AP: MV conservado con crepitantes bibasales. Abdomen: globuloso. RHA+. No doloroso a la palpación. Edemas con fovea bilaterales en MMII hasta rodillas. ECG: Taquicardia sinusal 130lpm, sin otras alteraciones. Analítica: Creatinina:5,72mg/dl, GPT 87 y LDH 256, ProBNP 1293, PCR 25, Leucocitos 24000 (neutrófilos:20.600). Gasometría venosa normal. RX-tórax: cardiomegalia, leve redistribución vascular sin derrame pleural. Desarrollo: El diagnóstico diferencial de la disnea en el paciente joven debe incluir patología cardiológica, pulmonar o neuromuscular. El paciente presenta una alteración de la función renal aguda que habría que tratar de clasificar como prerrenal, intrínseca o postrenal, así como una lesión cervical sugestiva de malignidad que podría orientar a un origen tumoral del cuadro. Se realiza sondaje urinario sin obtenerse orina. Se solicita Eco abdomen y cervical. El paciente comienza con taquipnea, hipotensión y sudoración objetivándose TA 80/50mmHg se inicia resucitación consiguiendo TA 110/70mmHg. Se avisa a UCI. Ecografía abdominal: Vía urinaria sin alteraciones. Derrame pericárdico. No otros hallazgos. Ecografía cervical: múltiples adenopatías de aspecto reactivo/infeccioso. Se avisa a Cardiología, realizan Ecocardiograma transtorácico y evidencian derrame pericárdico severo con abundante fibrina y signos ecocardiográficos de taponamiento. Se realiza TC tórax: múltiples adenopatías e importante derrame pericárdico probablemente serohemático/complicado. Se realiza pericardiocentesis obteniéndose líquido hemático, el paciente recupera diuresis e ingresa en la UCI. Tras estudios realizados en UCI se diagnostica de adenocarcinoma de pulmón E-IV y pasa a planta de Oncología donde inicia tratamiento quimioterápico paliativo.

Conclusiones:

Resulta importante realizar un buen diagnóstico diferencial que nos aproxime en urgencias al diagnóstico del paciente para el inicio de un correcto tratamiento. Es crucial el trabajo conjunto de los profesionales de atención continuada de todas las especialidades para el éxito en el diagnóstico y tratamiento.

A-811

HOY NO ME PUEDO LEVANTAR

L Abejón López, P Chacón Testor, R Tang Valdez, P Páez García, R Alonso Esteban, S Rodríguez de Pablo, R Sanz de Barros

Hospital Infanta Sofía. Madrid

Palabras Clave: ataxia, vitamin B12, subacute combined degeneration

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Varón de 53 años, acude por cuadro de incapacidad para deambular. Sin antecedentes relevantes, no hábitos tóxicos. Enfermedad actual: Debilidad progresiva en miembros inferiores de dos meses de evolución junto con dificultad para la deambulación desde hace días, con caída accidental previa y empeoramiento progresivo hasta el punto de dificultar la bipedestación. Sensación de parestias en región lumbosacra cuando flexiona el cuello. No síntomas infecciosos ni traumatismos. Exploración física: Constantes estables. Normal excepto la neurológica. PC normales con MOES conservados, pupilas isocóricas y normorreactivas, funciones superiores conservadas, lenguaje coherente no disártrico, No alteraciones campimétricas. Fuerza conservada en MMSS, 4/5 en MMII, ROT ++/++, RCP flexor bilateral. Sensibilidad táctil y analgésica sin alteraciones, vibratoria abolida en MII y disminuida en MID, normal en MMSS. Cerebelo: no disimetría, no disidiadococinesia. Romberg patológico a la izquierda, Barany no patológico. Marcha imposibilitada. No signos meníngeos. Parestias en región lumbo-sacra con la flexión de la cabeza (signo de Lhermitte?). Pruebas complementarias: En urgencias. Hb10,6 g/dl (13,5-17,2), VCM 118,9 fl (80,0-99,0), resto de hemograma, bioquímica con CPK, orina y PCR normales. Rx tórax sin alteraciones.

Conclusiones:

Evolución: La presencia de anemia macrocítica y cuadro de incapacidad para deambular con alteración de la sensibilidad en MMII orientan a un déficit de vitamina B12 como causante del cuadro. Solicito estudio de perfil férrico, vitamina B12, Ác.fólico y hormonas tiroideas, además de anticuerpos anti factor intrínseco y anti células parietales e inicio tratamiento con vitamina B 12 intramuscular. Ingresó con diagnóstico de Degeneración Combinada Subaguda secundaria a déficit de vitamina B12. Durante Ingreso: RMN columna confirma aumento de señal de cordones posteriores medulares compatible con las sospechas clínicas. Niveles de Vit.B 12: 274 pg/ml (211,0-911,0), siendo el resto de pruebas solicitadas normales. Además de resultado positivo para ambos anticuerpos mencionados. Frotis: Neutrófilos hipersegmentados. Estudio de sífilis y VIH negativo. TAC toraco-abdomino-pélvico normal para descartar lesión maligna y origen paraneoplásico. Se solicitó homocisteína y ácido metilmalónico por la normalidad de niveles de vitamina B12 y se confirmó su elevación. El paciente mejoró progresivamente con el tratamiento de vitamina B 12 y Ác.fólico, con ataxia residual para la marcha.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-812

SÍNDROME DE MILKING: CEFALEA COMO PRESENTACIÓN DE CUADRO CORONARIO

A Martínez Alcaraz (1), E Belinchon de Diego (2), S Aban Alique (2)

(1) Complejo Hospitalario Albacete/Emisan, (2) Hospital Virgen de La Luz. Cuenca

Palabras Clave: milking, enfermedad coronaria, emergencia hipertensiva

Ámbito del caso:
Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 43a, sin antecedentes de interés, salvo HTA que trató hace años y dado de alta hace 4, sin tto habitual, deportista y corredor de fondo, acude a Urgencias por presentar cefalea, que describe como embotamiento, similar a anteriores, ¿como cuando tenía la tensión alta?, MEG y sensación de ¿discomfort?. No dolor torácico, no náuseas. No disnea. No otra sintomatología salvo algo de ansiedad. A la exploración, TA 180/98, Fc82, ACP normal. Exploración neurológica normal. NO focalidad. No rigidez de nuca. ECG RS 82lpm, elevación punto j, mas marcada de V2 a V5 y onda T negativa en III y aVF (se adjunta). Se monitoriza al paciente con TA y monitor de ecg. Se administra capoten 25, y se añade aas 300 + clopidogrel 75. El paciente solicita ir al aseo un par de veces por despeño diarreico. Tras 30min de observación, la TA se normaliza 140/75 y se repite ECG, descendiendo el punto j hasta la línea isoeletrica. Ante la normalización del ECG, se deriva a hospital, donde le realizan analítica urgente e interconsulta a cardiólogo. En la analítica destaca Troponina I 0.11ug/l Se realiza cateterismo cardiaco, (se adjuntan imágenes), diagnosticando al paciente de Emergencia hipertensiva con angor en reposo + triple milking. El paciente queda ingresado en UCI coronaria para control y tratamiento.

Conclusiones:

El síndrome de milking o puentes intramiocárdicos tiene una incidencia poco clara 40-80% en necropsias, 0.5-1.5% dan clínica. Se presenta un caso de SCACEST atípico, donde prima la clínica de la crisis hipertensiva. Las alteraciones de las coronarias supone la 2ª causa de muerte súbita en deportistas.

A-813

HEMATOMA LATEROCERVICAL ESPONTÁNEO

L Yanguas Amatriain (1), MF Sanz de Galdeano Sanz de Galdeano (1), MJ Sada Ruiz (1), MA Zapatería García (2), MH Sarasibar Subiza (1), O Oger (1)

(1) Hospital García Orcoyen, (2) Hospital Reina Sofía

Palabras Clave: hematoma, glándula tiroides, cuello

Ámbito del caso:
Extrahospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 75 años que acude a urgencias por presentar desde hace dos días hematoma en región lateral cervical sin causa clara. Refiere los días previos cuadro de faringitis con tos sin otra clínica acompañante en tratamiento con moxifloxacino e inhaladores. Afebril. No disnea ni estridor. No cefalea. No anticoagulantes ni antiagregantes. EF: Constantes habituales normales. En el cuello se aprecia empastamiento en zona laterocervical izquierda con hematoma que irradia hacia zona media cervical y tórax anterior. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Como pruebas complementarias analítica sanguínea con Hb:13.5, leucocitos:12.5 x10⁹, fibrinógeno 534mg/dl, PCR 179.7 mg/L, RX torácica donde se aprecia aumento de densidad en partes blandas laterocervical izquierda y TAC cervico-torácico apreciándose extenso hematoma laterocervical izquierdo desde el nivel del hioides hasta el opérculo torácico. No imagen de sangrado activo, pudiendo el sangrado haberse originado en el borde tiroideo superior. No lesión focal subyacente. No compromiso de la vía aérea. Quizá un cierto compromiso sobre el esófago. Dada la estabilidad clínica de la paciente, sin clínica de compromiso vía aérea ni hematoma a tensión sugestivo de complicación se decide ingreso en planta. Durante el ingreso, se repite analítica sanguínea sin apreciarse anemia. Se realiza ecografía cervical apreciándose desplazamiento del LTI por una colección heterogénea, que se extiende desde la región del hioides hasta el opérculo torácico y que en su región más inferior presenta una morfología redondeada, en relación con su hematoma ya conocido cuyas medidas aproximadas son 2.4x 2.3x 6.1 cm, similares al TAC realizado previamente. Tras 3 días de ingreso, la paciente permanece estable, sin compromiso de la vía aérea ni estructuras adyacentes, ni datos de sangrado activo, por lo que se da de alta.

Conclusiones:

Destacar en este caso la etiología espontánea, no traumática y el origen en el lóbulo tiroideo superior. El hematoma cervical de origen tiroideo puede causar cuadro clínico con presentaciones muy graves que requieren a veces intervención quirúrgica, sobre todo asociada a disnea, disfonía y disfagia. El diagnóstico es por técnica de imagen (ecografía cervical, TAC cervicotorácico), así como para el diagnóstico diferencial, y es de gran ayuda para plantear la conducta terapéutica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-814

DETERIORO GENERAL DE CAUSA CENTRAL

A Hernández Marcos, B Sierra Bergua, M Lubián Martínez, R Lavedán Santamaría, L Rejas Morras, JM Abascal Rodas, J Navarro Calzada

Hospital Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Palabras Clave: desorientación, absceso, glioblastoma

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Varón 69 años, antecedentes de artritis seronegativa, diabetes mellitus, hipertensión y dislipemia. Tratado con metformina 850 mg 1-0-1, carvedilol 25 mg 1-0-0 y simvastatina 20mg 0-0-1. Acude a urgencias por fiebre, malestar general y desorientación espacial. La familia refiere desde hace 2 meses deterioro general precisando del uso de bastón por debilidad en extremidad inferior izquierda y amnesia para los recuerdos recientes. A la exploración presenta fiebre de 38.3° y durante la misma se objetivan episodios limitados de habla incoherente y lenguaje repetitivo. Fuerza y sensibilidad de las extremidades conservadas pero al deambular ¿arrastra? la pierna izquierda. RCP flexor bilateral y ROT ausentes. No rigidez de nuca. Auscultación cardiopulmonar rítmica a 74 lpm con normoventilación. Resto anodino. Se solicitan pruebas complementarias: Radiografía de tórax, electrocardiograma, bioquímica, hemograma, coagulación y hemocultivos sin alteraciones. TC cerebral: gran masa temporal y parietal derecha con halo edematoso produciendo colapso del ventrículo lateral y del espacio subaracnoideo temporal, área hipodensa que sugiere cerebritis en fosa temporal izquierda. En el ingreso: RMN: diagnóstico diferencial con equinococosis o formación astrocitaria. Se inicia tratamiento antibiótico desapareciendo la fiebre. El SPECT lo informan como tumoración de estirpe glial por lo que se decide intervenir. La anatomía patológica confirma el diagnóstico de glioblastoma grado IV de la OMS. Actualmente el paciente sigue en tratamiento con quimioterapia y radioterapia pero persiste amnesia reciente y dificultad para deambular.

Conclusiones:

Aproximadamente el 50% de los gliomas son glioblastomas, más comunes en varones de 45-65 años y de causa desconocida. En determinados casos pueden existir dudas en el diagnóstico diferencial con absceso, como en el caso presentado y los estudios tomográficos con marcadores radioactivos (PET, SPECT-Talio) pueden ayudar a la confirmación definitiva de absceso o tumor. Tras el diagnóstico, el objetivo del tratamiento es enlentecer el proceso, controlar su crecimiento y mejorar la calidad de vida. La supervivencia media es de $\pm 14,6$ meses con un índice de supervivencia media a los dos años del 30%. Destacamos la importancia de realizar el diagnóstico diferencial en patologías que cursan con clínica similar. La anamnesis, exploración y las pruebas complementarias nos ayudaron a llegar a un diagnóstico definitivo y tratarlo correctamente.

A-815

VÓMITOS ESCALOFRIANTES

N Rodrigo Sáiz, M Parras Cordovés, I Fortuny Esterri, R Alonso Esteban, MA Moreno Planelles, L Díez Domínguez, M Borja Díaz

Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de Los Reyes, Madrid

Palabras Clave: síncope, nervio vago, vómitos

Historia clínica:

MC: Síncope AP: No RAMC Síncopes no estudiados. Tratamiento: ninguno HA: Mujer de 30 años que acude a urgencias por dolor abdominal periumbilical no irradiado, continuo que se inicia a las 17,00 horas tras ingesta copiosa (sopa, mejillones al vapor, filetes, queso). Posteriormente deposición normal. A las 20,00h comienza con vómitos (7-8 vómitos) seguido de síncope de unos segundos de duración estando en su domicilio. Valorada en el SUAP presenta un segundo síncope de unos segundos de duración. A su llegada a Urgencias, estando en la camilla de nuevo náuseas con un vómito bilioso y síncope brusco con apnea de unos segundos de duración con pérdida de tono muscular y recuperación espontánea, no movimientos anormales, no postcrisis. Se decide mantener monitorizada en área de camillas. EF TA 123/73, FC 80 lpm sato2 98% Consciente, orientada, colaboradora, frialdad cutánea, ansiedad, náuseosa, arritmica, no soplos, no ingurgitación yugular, ventilación simétrica sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, no doloroso, RHA (-). No edemas en MMI ni signos de flebitis Analítica sin alteraciones ECG: Arritmia sinusal, PR 0,18 seg, pobre crecimiento de R en cara anterior, no alteraciones de la repolarización, QTc 0,46. EVOLUCIÓN: Unos minutos después comienza con náuseas y nuevo síncope con paro sinusal de 3 segundos que recupera ritmo sinusal tras iniciar compresiones torácicas. Jc Paro sinusal por hipersensibilidad vagal. Se solicita ingreso en UCI. En UCI presenta cuadro de náuseas con bloqueo AV completo, pérdida de conciencia de 3-4 segundos de duración. Dichos episodios se han repetido en varias ocasiones teniendo alguno de ellos una duración de hasta 20 segundos. Todos los episodios los ha presentado mientras mantenía sintomatología digestiva, desapareciendo al quedarse asintomática. Se inició perfusión de isoproterenol que se suspendió precozmente por desaparición de la clínica y taquicardia sinusal. El ECG al alta de la UVI Rs a 75 lpm. Ondas P de origen variable. Dada la buena situación general y razonable buena evolución se traslada al S. de Cardiología a unidad de hospitalización con telemetría.

Conclusiones:

Casos como éstos nos recuerdan lo fundamental que es en nuestro trabajo la realización de un triaje adecuado con un interrogatorio dirigido para decidir la mejor ubicación para el manejo inicial.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-816

DOLOR ABDOMINAL EN VARÓN JOVEN

CA Gavilán Casado, J Vicente de la Sota, M Fuentes Bermejo,
VI Camarero Díez, R Cristóbal Bilbao, MJ Domínguez García,
AB Romero Fernández

Unidad de Urgencias. Hospital Universitario Fuenlabrada. Madrid

Palabras Clave: dolor abdominal, fiebre, pielonefritis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

HISTORIA CLÍNICA Varón de 28 años, fumador activo, que refiere desde hace 48 horas, dolor punzante continuo en flanco derecho irradiado a fosa iliaca derecha (FID), que mejora con la flexión ventral del tórax, fiebre (39,3°C), náuseas y vómitos alimentarios. El dolor tiene mal control analgésico. EXPLORACIÓN FÍSICA Pálido, diaforético, hipotenso (100/60), febril (39°C), taquicárdico (115lpm), mal estado general. Cardiopulmonar: normal Abdomen: intenso dolor a la palpación en flanco y FID, Blumberg dudoso, Rovsing positivo. Puñopercusión bilateral negativa. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS BIOQUÍMICA: creatinina 1.55 mg/dL, Proteína C reactiva 31.1mg/dL HEMOGRAMA: Leucos 31.800 (92%N, 2,8%L) HEMOSTASIA: AP 73% INR 1,21 GASOMETRÍA VENOSA: CO₃H 20,3mmol/L, EB -3.40, Lactato 2.40mmol/L SISTEMÁTICO ORINA: proteínas ++, Hb: 0,50mg/dl, leucos: 25LEU/ul, nitritos negativos. Sedimento: eritrocitos > 50/campo, leucos 11-20/campo. Ante la alta sospecha de apendicitis se solicita: ECO ABDOMINAL: Apéndice cecal que presenta dilatación en punta con calibre en el límite alto de la normalidad. Los hallazgos no permiten excluir apendicitis aguda y ampliamos estudio TAC de abdomen con contraste: Pielonefritis aguda flemonosa severa riñón derecho. Riñón izquierdo pielonefritis leve. DIAGNÓSTICO Pielonefritis aguda flemonosa severa riñón derecho. Pielonefritis leve riñón izquierdo EVOLUCIÓN Se cursó ingreso con ceftriaxona y gentamicina con excelente evolución. Hemocultivos y cribado para VIH: negativos. Urocultivo: E. Coli multisensible. Ya resuelto el cuadro se realiza URETROCISTOGRAFÍA RETRÓGRADA: reflujo vesico-ureteral grado III/IV. Dilatación de todos los grupos calicales derechos Se programada inyectar DEFLUX en meato ureteral D. Paciente actualmente continua asintomático

Conclusiones:

Se sabe poco sobre la incidencia real del reflujo vesicoureteral en adultos, que suele ser bien tolerado o se presenta como cistitis o PNA de repetición. Más frecuente en mujeres (3:1) en la 2ª década, es causa de atrofia parenquimatosa, consecuencia de las presiones elevadas que somete al riñón. Puede ocasionar a la larga insuficiencia renal terminal.

A-817

DOLOR TORÁCICO ATÍPICO EN SEXO FEMENINO

I Simón Prado, F Téllez Joya, C Oliva Moreno

Urgencias del Hospital Punta de Europa. Cádiz

Palabras Clave: pain, cardiomegaly, cardiac tamponade

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 67 años. No alergias medicamentosas AP: HTA -DM TIPO 2 -Dislipemia -Cardiopatía isquémica -IAM inferior 2005 con fibrinólisis ineficaz. -Cateterismo con enfermedad severa de 3 vasos e implantación de 3 stents enfermedad coronaria multivaso no susceptible de revascularización. -SCASEST tipo angina inestable. -Cardiopatía hipertensiva con normofunción sistólica -Obesidad IQ: -Apendicectomía -Colecistectomía -By-pass Ao-Co hace un mes. Tratamiento habitual: -Velmetia 50/1000mg 1-0-1 -Ranexa 375mg 1-0-1 -Clopidogrel 75mg 1-0-0 -Diafusor parche 10mg 1 durante el día -Ramipril 2,5mg 1-0-0 -Bisoprolol hemifumarato 10mg 0-1-0 -Omeprazol 20mg 1-0-0 -AAS 100mg 1-0-0 Acude a urgencias por dolor abdominal intenso a nivel de epigastrio irradiado a espalda desde hace 4 días acompañado de náuseas y vómitos en dos ocasiones. Sensación de disnea, no dolor precordial, no fiebre, no otra sintomatología. Exploración física: Constantes vitales dentro de la normalidad. Consciente orientada y colaboradora, Regular estado general, Bien hidratada y regular perfundida con palidez mucocutánea, eupneica en reposo, glasgow 15/5, no reflujo hepatoyugular, no ingurgitación yugular. ACP: rítmico, no soplos, no roce, no extratonos, murmullo vesicular conservado, cicatriz de esternotomía con buen aspecto, no ruidos sobreañadidos Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación a nivel de epigastrio, no masas, no megalias, no peritonismo, no defensa, no soplos abdominales, ruidos intestinales conservados, blumberg negativo, psoas negativo, murphy negativo, edema de pared distal, pulsos femorales presentes bilaterales siendo más disminuido a nivel de femoral izquierda. Extremidades: edemas dejando fóvea a nivel bimalleolar bilateral, pulsos distales presentes y débiles, no signos de trombosis venosa profunda. Pruebas complementarias: ECG. ritmo sinusal a 80lpm, PR normal, no signos de isquemia aguda, T negativo en I,AVL,V1V2 Hemograma, bioquímica, coagulación y gasometría arterial normales. Radiografía de tórax: Cardiomegalia con silueta en forma de garrafa. Pasa a observación para monitorización. Se solicita TAC Toracoabdominal: Gran derrame pericárdico, ocupando sobre todo la zona dorsal, lateral derecha y caudal que produce compresión y moderada disminución de tamaño de la aurícula derecha (disminución del calibre de la desembocadura de la vena cava inferior) así como discreta disminución de tamaño de la aurícula izquierda. Clínica compatible con taponamiento cardíaco. Moderado derrame pleural bilateral. Mínima cantidad de ascitis. J.C: Taponamiento Cardíaco Diagnóstico Diferencial: TEP, neumotórax a tensión, IAM de VD? Tratamiento, Planes de actuación Ingresó en UCI para realización de pericardiocentesis. Evolución Favorable tras pericardiocentesis.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

Conclusiones:

El taponamiento cardíaco es una entidad grave que requiere identificación urgente por lo que ante un dolor abdominal es importante seguir un protocolo diagnóstico exhaustivo de forma reglada.

A-818

TRIPLE VENTILACIÓN

**AM Cordovilla Moreno, VM Madrid Ferreiro, MR López Díaz,
S Martínez Saldumbide, EM Guirado Granado
F Sánchez Salmerón**

Hospital Universitario Santa Lucía. Almería

Palabras Clave: ventilation, heart failure, sepsis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 62 años con antecedentes personales Hipertensión arterial, Flutter auricular con coronariografía normal y eco FEVI conservada e insuficiencia auricular moderada. SAHS uso CPAP. Acude a urgencias por disnea intensa, aumento de disnea en reposo sin claro cuadro respiratorio, en el trayecto del domicilio a urgencias presenta SatO₂ 45% junto pérdida de conocimiento. Tras desaturación del paciente ante la parada respiratoria se comienza con ventilación manual seguido de Ventilación mecánica no invasiva (VMNI), A su llegada a urgencias presenta mejoría clínica el paciente se encuentra reactivo aunque con saturación entorno a 80%, TA 140/80 y Frecuencia cardiaca 130. Se instaura tratamiento con Corticoides, nebulización, Diuréticos y se le modifica los parámetros de VMNI (EPAP 10/IPAP 20, Fio₂ 100%, Rampa 1). Se realiza Gasometría arterial donde se aprecia PH 7.02, PO₂ 40, PCO₂ 70, HCO₃ 16, SatO₂ 60%. El paciente presenta mejoría en saturación pero sin superar 88%, con buenas cifras de TA, con ECG con flutter con Rápida respuesta ventricular con descenso en II, III y AVL. Ante la clínica del paciente, la sospecha de Edema agudo de pulmón se decide avisar a UCI que tras valorar al paciente se decide ingreso a su cargo. Durante el ingreso en UCI el paciente presenta empeoramiento clínica con tendencia a la hipotensión precisando drogas vasoactivas, se decide sustituir VMNI por la Intubación orotraqueal. En Radiografía se aprecia infiltrados bilaterales. Se realiza previa estabilización coronariografía sin lesiones epicárdicas ecocardio con FEVI normal, insuficiencia aórtica severa. Analítica presenta Reactantes de fase aguda: PCR pico 40, Procalcitonina pico 60, troponina I con pico 3. Creatinina 1,6.

Conclusiones:

Juicio clínico: Insuficiencia respiratoria global severa con parada respiratoria, sepsis respiratoria, edema agudo de Pulmón. La Insuficiencia respiratoria global y edema agudo de pulmón son indicaciones para el uso de VMNI, pero la parada respiratoria contraindicación. Aunque en ocasiones comprobamos como en no podríamos descartarla puesto que entre sus objetivos principales en las insuficiencia respiratoria aguda son evitar la intubación endotraqueal y sus potenciales complicaciones, No siendo el caso en nuestro paciente que precisó intubación orotraqueal pero secundario a complicación por la sepsis respiratoria.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-819

COMPLICACIÓN RARA DE SINUSITIS AGUDA

**A Santamaría Marín, C Monroy Gómez, M Molina Anguita,
M González López, MJ Corrales Arroyo, MV Mayoralas Palomo**

Hospital General Universitario de Ciudad Real

Palabras Clave: trombosis seno cavernoso, diploplía, sinusitis

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 51 años que acudió a urgencias por diplopía. Hacía 24 horas había sido valorada en este servicio por cefalea, siendo dada de alta tras quedar asintomática con analgesia. A la exploración, llamaba la atención paresia del VI par derecho, sin otra focalidad. Se solicitó TAC craneal urgente que fue normal. A las pocas horas la paciente comenzó con fiebre, parálisis del III y IV par izquierdos, edema palpebral y exoftalmos del ojo izquierdo. Se realizó nuevo TAC con contraste intravenoso que mostró aumento del diámetro anteroposterior de ambos globos oculares y ocupación del seno esfenoidal. Dado el empeoramiento neurológico de la paciente, se inteconsultó con el neurólogo de guardia, que solicitó resonancia nuclear magnética urgente en la que se evidenció trombosis bilateral de senos cavernosos secundaria a sinopatía esfenoidal aguda purulenta con trombosis secundaria de la vena oftálmica superior izquierda. Con ello, se inició antibioterapia y se consultó con otorrino de guardia, realizándose esfenoidectomía mediante cirugía endoscópica, objetivándose durante el procedimiento extensión meníngea del proceso. La paciente ingresó en planta de neurología. La evolución clínica fue favorable, siendo dada de alta a los 15 días tras haber completado ciclo antibiótico intravenoso, encontrándose asintomática y sin secuelas neurológicas.

Conclusiones:

La trombosis de senos cavernosos es una entidad rara pero grave. Su diagnóstico implica una alta sospecha clínica y el pronóstico se relaciona directamente con el tiempo de demora en el inicio del tratamiento. La etiología más frecuente son las infecciones de estructuras vecinas como sinusitis esfenoidal y etmoidal, otitis medias, mastoiditis e infecciones dentarias. Los gérmenes aislados con mayor frecuencia son *Streptococcus pneumoniae* y *Staphylococcus aureus*. El cuadro clínico se caracteriza por fiebre, presente en el 90% de los casos, cefalea, dolor ocular y afectación del estado general. En la exploración destaca alteración en la motilidad ocular que afecta a más de un par oculomotor, edema periorbitario y proptosis. La RMN es la prueba de elección para el diagnóstico de esta patología. El tratamiento se basa en el desbridamiento quirúrgico de los senos afectados, acompañado de antibioterapia empírica precoz (cefalosporinas de tercera generación, metronidazol y penicilinas antiestafilocócicas) y corticoides endovenosos.

A-820

EPIGASTRALGIA EN URGENCIAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

**S Sánchez Martínez, E Pérez García, JF Rodríguez Fernández,
M Sánchez Moreno, E Montero Romero**

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Palabras Clave: epigastralgia, trombosis venosa, abdomen

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: El dolor epigástrico agudo es uno de los motivos de consulta más frecuentes tanto en Urgencias como en Atención Primaria. A esto se le suma el amplio diagnóstico diferencial, que engloba no solo causas digestivas. La valoración inicial debe abordar el diagnóstico diferencial de las causas de origen digestivo potencialmente graves y considerar causas extradigestivas importantes como el síndrome coronario agudo y el tromboembolismo pulmonar. **MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:** Antecedentes: Familiares: sin interés. Personales: sin interés. Enfermedad actual y exploración: paciente de 36 años que acude a urgencias el día 11/02/16 por epigastralgia de 20 días de evolución. Presenta molestias abdominales continuas alternas con episodios de dolor intenso que no relaciona estrictamente con las comidas, sin otra sintomatología asociada. Había acudido en varias ocasiones a urgencias realizándose analítica y radiografía de abdomen sin alteraciones realizando tratamiento analgésico sin mejoría. Ante la persistencia de la clínica se realiza ecografía por vía privada evidenciándose páncreas desestructurado, aumentado de tamaño, con áreas anecogénicas sugestivas de necrosis, datos de cavernomatosis portal con líquido libre escaso periesplénico y en pelvis. En la exploración se encuentra con buen estado, estable hemodinámicamente, eupneico, afebril, afectado por el dolor. El abdomen era blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio sin otros hallazgos. Pruebas complementarias: 1. Analítica: bioquímica con creatinina, urea, iones, amilasa, bilirrubina y transaminasas normales, hemograma con las tres series normal y coagulación normal. 2. Radiografía de tórax con cúpulas y abdomen normal. 3. TAC abdomen: trombosis de vena mesentérica superior y porta de causa no filiada. 4. Estudio de hipercoagulabilidad negativo. Se inicia tratamiento con heparina de bajo peso a dosis de mg/kg de peso /12 horas, mejorando el paciente siendo dado de alta el día 17/02/16 con revisión posterior.

Conclusiones:

La trombosis venosa mesentérica es una causa poco frecuente en el diagnóstico diferencial de la epigastralgia. Supone el 10% de las isquemias mesentéricas agudas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-821

TAPONAMIENTO CARDIACO. UN DIAGNÓSTICO DIFÍCIL SIN UNA ECOCARDIOGRAFÍA URGENTE

AJ Ruiz Fernández

Hospital Universitario Madrid Montepíncipe. Boadilla del Monte, Madrid

Palabras Clave: taponamiento cardiaco, ecocardiografía, diagnóstico

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 68 años que acude a urgencias en 2 ocasiones previas con dificultad respiratoria, tos y dolor torácico. Se diagnostica la primera vez de cuadro catarral y la segunda de neumonía intersticial en base a RX y analítica con leve leucocitosis y elevación de PCR. Tratamiento con ATB. En una tercera visita por fracaso del tratamiento destaca un aumento de la disnea, no ortopnea ni fiebre. Analítica sin leucocitosis llamativa pero con PCR muy elevada (77mg/L). Rx con infiltrado intersticial y muy leve cardiomegalia con silueta en "bota de buzo". En ECG se objetiva leve taquicardia sinusal (100 lpm) con HBAI y aplanamiento difuso de ondas T. Destaca una amplitud alternante del qRS, característica del taponamiento cardiaco. La realización de ECO cardio confirma el taponamiento cardiaco y la paciente pasa a UCI para pericardiocentesis urgente. Se drenan inicialmente 500 cc de líquido serohemático que resulta positivo a células. Posteriormente se realiza estudio de extensión y se objetiva lesión primaria pulmonar como origen del derrame.

Conclusiones:

El derrame pericárdico es una entidad difícil de diagnosticar en la urgencia si no es severo. Las exploraciones analíticas, así como radiológicas y electrocardiográficas suelen ser anodinas hasta estadíos muy avanzados. En este caso el ECG característico de alternancia fue la clave para el diagnóstico, pero no suele verse con frecuencia. El uso generalizado de la Ecografía clínica en urgencias se convierte en vital para el diagnóstico de patologías como esta, que pueden convertirse en una verdadera emergencia.

A-822

PDIA: UNA PATOLOGÍA A TENER EN CUENTA

CS López Seijas, B Martínez Barreira, C Seijas Rodríguez, H Villena García del Real, C Varela Donoso

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago De Compostela. La Coruña

Palabras Clave: polirradiculopatía aguda desmielinizante inflamatoria, inmunoglobulinas, electromiograma

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer, 42 años, con discopatía L3-L4. Refiere cuadro de 7 días de evolución de dolor radicular en costado derecho, parestesias en manos y pies, adormecimiento de hemilengua izquierda e imposibilidad para cierre completo de ojo izquierdo. Niega clínica infecciosa días previos. EF y PC: Diplejía facial periférica más marcada en hemicara izquierda. Reflejo rotuliano y aquileo izquierdos hipoactivos. Fuerza 4/5 en hemicuerpo izquierdo. Sensación de acorchamiento en palmas y plantas. Resto exploración sin hallazgos. ECG, Analítica sangre, TC craneal, Rx tórax, Rx columna cervico-dorsal: sin hallazgos. LCR: Proteínas ligeramente elevadas, resto normal. Diagnóstico: Polirradiculopatía aguda desmielinizante inflamatoria (PDIA). Diagnóstico Diferencial: neuropatías inducidas por medicamentos, meningitis, carcinomatosis, alteraciones metabólicas, miastenia, rabdomiolisis grave, compresión/inflamación raíces nerviosas, porfirias, vasculitis, difteria, botulismo, polimiositis, encefalitis tronco cerebral, mielitis transversa y déficit vitamina B1. Evolución: ingreso Neurología, iniciándose tratamiento con inmunoglobulinas. Se solicita estudio electromiográfico siendo compatible con PDIA. Se realizan estudios serológicos (negativos) y se objetiva disociación albúmino-citológica en LCR que apoya diagnóstico. Al alta únicamente persisten ligeras parestesias en manos.

Conclusiones:

La PDIA es una neuropatía inflamatoria que puede aparecer a cualquier edad, siendo más frecuente en hombres que en mujeres. Está asociada a la infiltración de macrófagos activados en las vainas de mielina, pudiendo estar también implicados otros mecanismos inmunológicos. Tiene una evolución clínica en tres fases y su pronóstico es variable. La primera fase se caracteriza por debilidad muscular progresiva simétrica general de inicio distal, pudiendo asociar alteraciones sensoriales, dolores intensos y calambres. Durante la segunda fase, los primeros síntomas se estabilizan pero pueden aparecer arritmias cardíacas, hiper/hipotensión y alteraciones motilidad gástrica. En la tercera fase, los síntomas disminuyen progresivamente, pudiendo persistir meses o años. En la mayoría de casos, una enfermedad infecciosa precede la aparición de los primeros síntomas, habiéndose descrito casos de aparición tras vacunación/cirugía. El diagnóstico se basa en el cuadro clínico. Deben realizarse una PL y un EMG, que puede ayudar a confirmar el diagnóstico. Su tratamiento se basa en la administración de inmunoglobulinas o plasmaféresis, asociando fisioterapia y rehabilitación. El pronóstico es variable.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-823

ARRITMIA DE RECIENTE COMIENZO... CARDIOVERSIÓN

S Rivas Menéndez, D Fernández Gozalo, Y Fernández Ramírez, S Francesena González, A Suárez García, FJ Martínez Rodríguez

Hospital Valle del Nalón. Oviedo, Asturias

Palabras Clave: amiodarona, flutter, arritmia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

AP: Varón de 68 años, sin alergias medicamentosas conocidas, exfumador desde hace 20 años sin otros hábitos tóxicos. Diagnóstico de cirrosis hepática por VHC (ha realizado tratamiento erradicador y actualmente dado de alta por parte de digestivo). Hemoptisis autolimitada en 2014 con hallazgo de nódulo milimétrico compatible con granuloma. EA: Cuadro de palpitaciones de media hora de evolución que comienza mientras se encontraba en reposo. Asocia disconfort en hemitórax izquierdo que se irradia a espalda, sin cuadro vegetativo ni disnea. EF: TA 150/90, FC 153, SatO₂ 99%. RsCsRs, auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos, abdomen sin alteraciones, extremidades sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. PC ECG: taquicardia de QRS estrecho. Bioquímica con troponina, hemograma y coagulación sin alteraciones. Radiografía de tórax normal. Evolución: Tras auscultación de ambas carótidas sin objetivarse soplos, se realiza masaje de seno carotideo sin cambios. Posteriormente se administra un bolo de 6mg de adenosina y posteriormente otros dos bolos de 12mg observándose una taquicardia compatible con Flutter auricular. Se inicia tratamiento con Amiodarona (bolo y luego perfusión) y durante la perfusión se consigue ritmo sinusal con frecuencia cardíaca controlada que se mantiene estable durante el resto del tiempo que se encuentra en observación.

Conclusiones:

Importancia de determinar en las arritmias el tiempo de evolución y la estabilidad hemodinámica del paciente ya que de ello depende el tratamiento a seguir. En este caso, al tratarse de una arritmia de menos de 48 horas de evolución con el paciente estable hemodinámicamente se intenta revertir farmacológicamente con Amiodarona con buen resultado.

A-824

FIEBRE DE CORTA EVOLUCIÓN EN ADOLESCENTE

A Campanario León, AA Aymerich Sánchez, B Villacañas Redondo, MI Uberhuaga Candia, AA de Morla Domínguez, ME Rosa González, MR Georges

Hospital El Escorial. Madrid

Palabras Clave: fiebre, glomerulonefritis, insuficiencia renal

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Varón de 16 años acude a urgencias por fiebre de hasta 38°C de 24 horas de evolución junto con orinas coléricas. No síndrome miccional. No dolor abdominal. Mucosidad desde dos semanas previas. Siete días anteriores tuvo un episodio de taquicardia de minutos de duración que cedió con reposo y el día previo sintió palpitaciones autolimitadas. En la actualidad no presenta palpitaciones ni sensación de arritmia. No dolor torácico. No acolia. No vómitos. No lesiones en la piel. Entre sus antecedentes personales destaca asma en tratamiento con antihistamínicos. EXPLORACIÓN FÍSICA: Constantes: TA 138/69, FC 109, Saturación O₂ 99%, Temperatura 37°C. Consciente y orientado. Buen estado general. Bien nutrido, perfundido, hidratado y coloreado. Eupneico. Carótidas rítmicas y simétricas. Presión venosa yugular normal. Auscultación cardiopulmonar: rítmico y sin soplos. Murmullo vesicular conservado. No ruidos añadidos. Abdomen: Blando y depresible. No doloroso a la palpación. No signos de irritación peritoneal. No masas ni megalias. Ruidos hidroaéreos positivos. Blumberg negativo. Murphy negativo. Puño percusión bilateral renal negativa. Miembros inferiores: No edemas. No signos de trombosis venosa profunda. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS. Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 100 latidos por minuto. Eje normal. No alteraciones significativas de la repolarización. Análisis sangre: Linfocitos 16,4%, Eosinófilos 6,5%, Creatinina 1,2 mg/dl, Urea 46mg/dl. Resto normal. Análisis orina: Proteínas 200mg/dl, Hematuria, resto normal. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Nefropatía IgA. Enfermedad de cambios mínimos. Glomerulopatía membranosa. Glomerulonefritis focal y segmentaria. Glomerulonefritis membranoproliferativa. SERVICIO DE NEFROLOGÍA: Se realizan controles analíticos hasta la normalización de la función renal en días, persistiendo Proteína C reactiva por encima de 30mg/L. Debido a la estabilidad clínica y se decide alta y seguimiento en consulta. DIAGNÓSTICO: Glomerulonefritis aguda asociada a cuadro infeccioso. Glomerulonefritis IgA como primera posibilidad con proteinuria subnefrótica. Deterioro autolimitado de la función renal. EVOLUCIÓN: El paciente es seguido en consulta de Nefrología donde se objetiva hematuria persistente. La ecografía renal y de vías urinarias fue normal. Se decidió no realizar punción renal.

Conclusiones:

La glomerulonefritis mesangial IgA, es la glomerulonefritis más frecuente en España. Existen casos familiares y asociación con HLA-BW35. Es más frecuente en varones, entre la segunda y tercera década de la



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

vida. La clínica característica es hematuria microscópica recidivante, alteraciones asintomáticas del sedimento urinario, proteinuria o como síndrome nefrítico o nefrótico. La evolución suele ser benigna en la mayoría de los pacientes, evolucionando a insuficiencia renal progresiva el 25%. No existe tratamiento que pueda impedir el depósito de IgA en el mesangio. Se recomienda control estricto de la tensión arterial y fármacos bloqueantes del sistema renina-angiotensina.

A-825

CATARRO DE VÍAS ALTAS Y SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

MD Fontecha Olid, J Beteta Moya, P Olmedo Carrillo

Complejo Hospitalario de Jaen

Palabras Clave: Guillain-Barré, catarro, fiebre

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Varón de 34 años con antecedentes de alergia a ácaros. Acude al servicio de urgencias por presentar cuadro de dolor de garganta y fiebre desde hace 4 días, en tratamiento con penicilina IM y cloperastina jarabe por su médico de cabecera sin mejoría. Además de estos síntomas presenta desde hace unas horas debilidad en piernas que no le permite andar por sí solo ni incorporarse de la silla, el lo achaca al cansancio. En la exploración de miembros inferiores disminución de fuerzas 2-3/5 y de ROT. Durante su estancia en observación, pendiente de resultados de pruebas complementarias de sangre y tac craneal, comienza con incontinencia de orina y aumento de secreciones a nivel respiratorio. Se ingresa en Neurología por cuadro de debilidad ascendente, alteraciones sensitiva, disfagia y disnea, comienza tratamiento con Inmunoglobulina IV pero ante la progresión del cuadro con tetraplejía requirió ingreso en UCI, con intubación orotraqueal y ventilación mecánica, durante 15 días, con traqueostomía posterior. Pasando a planta con ventilación mecánica durante 30 días mas hasta estabilización del cuadro, sufriendo múltiples complicaciones: úlcera por presión en sacro grado IV, infecciones nosocomiales (respiratorias, urinarias, cutáneas), atelectasias y tapones mucosos, que precisaron largo tratamiento antibiótico. Evolucionó favorablemente pudiendo retirarse la SNG y la sonda vesical. Comenzando rehabilitación con buena evolución. Al alta médica al cabo de 9 meses de ingreso presentaba tetraparesia flácida proximal y distal, aun sin deambulación.

Conclusiones:

El sd de Guillain-Barré puede aparecer en pacientes jóvenes sin antecedentes, en el contexto de una infección de vías respiratorias altas inespecíficas, que a los 7-10 días empieza con debilidad en extremidades que se va agravando. En el servicio de urgencias debemos de estar atentos a estas complicaciones muy poco frecuentes para evitar una mala evolución y no achacarlo a la astenia intensa propia de los cuadros infecciosos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-826

¡ESTE RIÑÓN GOLOSO ME HINCHA!

A Blanco García, L Prieto Lastra, P López Tens, D Fernández Torre, M Montes Pérez, M González Ruiz

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras Clave: anasarca, diabetes mellitus, nefropatía diabética

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: Anasarca o edema generalizado se caracteriza por una excesiva colección líquida en el espacio extravascular (intersticial). Hay extravasación en los lechos vasculares de la parte líquida de la sangre, y es típico en el abdomen (ascitis) y el tórax (derrame pleural, derrame pulmonar o derrame pericárdico). Generalmente produce patologías graves y precisa de un enfoque diagnóstico y terapéutico temprano para evitar desenlaces fatales. **OBJETIVOS:** Las características del edema nos ayudan a determinar el origen: diagnóstico diferencial. Como dos pruebas tan sencillas y rápidas, como son un labstix y un glucometer, nos pueden hacer sospechar una nefropatía diabética. **MATERIAL:** Mujer, 33 años, acude a Urgencias por disnea, mal estado general y edema facial y extremidades inferiores. Asocia tos sin expectoración. No clínica cardíaca. Como antecedentes personales comenta ser diabética tipo 1 diagnosticada hace 19 años, pero no seguir ningún tipo de tratamiento desde hace 10. Retinopatía diabética tratada con Laser. A la exploración: Regular estado general. Consciente y orientada. TA 150/90mmHg. Frecuencia cardíaca 70lpm. Sat O2 92%. Cabeza y cuello: edema facial, no aumento de la presión venosa yugular. ORL: no edema de úvula, faringe normal. Auscultación cardíaca: normal. Auscultación pulmonar: roncus generalizados. Abdomen: anodino. Extremidades inferiores: edema bilateral. **RESULTADOS:** Glucometer: 196mg/dL Labstix: proteínas++++, glucosa+++ Analítica: Glucosa 235mg/dL, Creatinina 2,07mg/dL, FG 31mL/min. Dímero D 1281. Resto normal. Rx Tórax: Infiltrado lóbulo medio e inferior del pulmón derecho. Derrame pleural bilateral. TAC torácico: No signos de TEP. Doppler renal: riñones normales. Permeabilidad de las venas y arterias renales.

Conclusiones:

El edema bilateral, simétrico, generalizado, de consistencia blanda y de inicio gradual, puede observarse en la insuficiencia cardíaca, cirrosis, desnutrición o enfermedad renal (síndrome nefrótico). Una prueba tan sencilla como es un labstix, donde observaremos proteinuria, nos orienta hacia patología renal, que junto a un glucometer alterado, nos ayuda a discernir entre las diferentes etiologías. La nefropatía diabética es una de las principales complicaciones de la diabetes mellitus tipo 1 cuando no hay buen control glucémico. La prevalencia de la microalbuminuria y proteinuria es elevada: 10% de los pacientes a los 10 años del diagnóstico.

A-827

CARDIOMIOPATÍA DE ESTRÉS O SÍNDROME DE TAKO-TSUBO

R Santillán Saco, J Medina Álvarez, E Cardona García, M Yupanqui Sandoval, R del Río Navarro, G Peraza Alfonso

Hospital Universitario de Torrevieja. Alicante

Palabras Clave: cardiomiopatía, síndrome Tako-Tsubo, disnea

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Introducción: La cardiomiopatía de estrés o síndrome de Tako-Tsubo, es una patología cardíaca caracterizada por la disfunción grave, aguda y reversible del ventrículo izquierdo. Se presenta un caso atendido en el Servicio de Urgencias (SU) del HUTV. **Materiales y Métodos:** Paciente Mujer, 58 años, fumadora, sin otros antecedentes de interés, acude SU con 02 días de evolución, por dolor centro torácico atípico, no irradiado, sin cortejo vegetativo, además disnea, sin tos, ni expectoración, niega fiebre. Fue atendida 04 semanas antes en SU por Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) de tratamiento ambulatorio (FINE 58 puntos). **Examen Físico:** T: 36,3 °C, TA: 170/100 mmHg, FC: 94 lpm, Sat.O2: 96%. Paciente despierta, colaboradora, Ruidos Cardíacos Rítmicos, no se auscultan soplos, el Murmullo Vesicular disminuido en ambos campos pulmonares, se auscultan sibilantes difusos en ambos campos pulmonares, acompañados de subcrépitos basales en ambas bases, Abdomen blando, depresible, no doloroso. **Resultados:** Electrocardiograma (ECG): taquicardia sinusal a 104 lpm, extrasístoles ventriculares aisladas, sin trastornos de la repolarización. La Radiografía de Tórax: Imagen de consolidación en la lingula, con mejoría a la previa. Biomarcadores Cardíacos (BC): Troponina I: 0,25 ng/ml. Segundo control de EC Troponina I: 1,28 ng/ml (VN: < 0,04 ng/ml). Ecocardiograma (Ecocardio): FEVI deprimida en grado moderado (40%), con Hipoquinesia global a predominio anterior y lateral. Se realiza Coronariografía: Arterias Coronarias angiográficamente normales, Dominancia Derecha. Por los parámetros expuestos se Diagnostica de Cardiomiopatía de Stress: Síndrome de Tako-Tsubo, con tratamiento médico pautado la paciente presenta mejoría clínica significativa, además de los parámetros de laboratorio, es dada de alta asintomática.

Conclusiones:

La cardiomiopatía de estrés o síndrome de Tako-Tsubo, se presenta predominantemente en mujeres postmenopáusicas expuestas a stress físico o emocional. Frecuentemente presentan dolor torácico y disnea que asemeja un Síndrome Coronario Agudo, con alteraciones en ECG, Ecocardio con disquinesia miocárdica, BC con mínima alteración, en ausencia de obstrucción de arterias coronarias en la Coronariografía. El pronóstico es benigno, con recuperación de la contractilidad miocárdica en pocas semanas. El caso presentado, la paciente estuvo expuesta a stress físico desencadenado por la NAC, la evolución fue favorable con resolución de la Hipoquinesia miocárdica y respuesta clínica adecuada.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-828

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SECUNDARIO A TRAUMATISMO

S Ramírez Plaza, E Lagares Santana, M Moreno Fernández

Hospital Regional de Málaga

Palabras Clave: heart attack, coronary artery dissection, trauma

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 43 años sin antecedentes personales de interés, con padre fallecido de muerte súbita. La paciente sufrió un accidente de tráfico la semana anterior al ingreso con contusión torácica leve, siendo valorada hospitalariamente con diagnóstico de esguince cervical (actualmente de baja laboral por ese motivo). Presenta cuadro de dolor centrotorácico opresivo irradiado a brazo izquierdo con cortejo vegetativo asociado (vómitos y despeño diarreico). Es valorada por O61 en domicilio objetivándose en ECG ascenso de ST en cara inferior que normaliza tras el tratamiento con Nitroglicerina intravenosa con ritmo idioventricular autolimitado. A su ingreso hospitalario se encuentra asintomática, pero presenta nuevo cuadro a las 14 h del ingreso, motivo por el que se realiza Angio-TC de torax sin hallazgos. Los episodios se repiten de forma autolimitada presentando pico de CK-MB de 82 mg/ml por lo que pasa a sala de hemodinámica objetivándose DA amputada en tercio distal por laceración traumática decidiéndose tratamiento conservador. La paciente no presenta nuevos cuadros de dolor torácico por lo que es dada de alta a domicilio en 14 días desde el ingreso.

Conclusiones:

Aunque se trata de un caso excepcional tenemos que incluir en un árbol de diagnóstico diferencial de patológica isquémica la causa traumática, sobre todo si es de alta energía. Por otro lado, es imprescindible la realización de coronariografía precoz para filiar y, en su caso, resolver el cuadro.

A-829

SOSPECHA DE VULNERABILIDAD QUÍMICA POR ALCOHOL Y CANNABIS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

R Lana Soto (1), C Fernández Alonso (1), M Lázaro del Nogal (1), P Calonge Loro (1), C Megía Morales (2), O Quintela Jorge (2), AS Santiago Sáez (1)

(1) Hospital Clínico San Carlos, (2) Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Madrid

Palabras Clave: vulnerabilidad química, alcohol y cannabis, urgencias hospitalarias

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 21 años de nacionalidad extranjera con antecedentes personales de Ansiedad sin tratamiento en el momento actual que acude al servicio de Urgencias (SU) del Hospital Clínico San Carlos de Madrid una madrugada de 2015 refiriendo cefalea, desorientación y confusión tras consumo de bebidas alcohólicas en una fiesta organizada en su domicilio junto a varios individuos desconocidos. Refiere robo de pertenencias y no descarta agresión sexual unas dos horas antes de acudir al SU. En la Exploración Física se describe a un paciente estable hemodinámicamente, con cefalea sin clara focalidad neurológica, con ansiedad y desorientación. Se realizan pruebas complementarias (analítica de sangre, electrocardiograma y TAC craneal) sin alteraciones de interés. Se determinan tóxicos en el SU que resultan positivos para etanol y cannabinoides en orina. Se sigue el procedimiento de actuación ante sospecha de Sumisión Química realizándose extracción de muestras biológica (sangre y orina) bajo cadena de custodia previa firma de consentimiento informado por parte del paciente, parte judicial y registro del caso. Tras once horas, el paciente se encuentra asintomático decidiéndose alta recomendando que denuncie los hechos en comisaría de policía. Meses después se solicita análisis toxicológico-forense al Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF). En las muestras recibidas se realizó análisis de alcohol etílico y otros volátiles e investigación general de tóxicos orgánicos orientada a la detección de drogas de abuso, psicofármacos y fármacos de uso frecuente. Se detectó Alcohol etílico 0,39 g/L en sangre y 0,88 g/L en orina y 11-nor-d9-THC-COOH <0,005 mg/L en orina.

Conclusiones:

Del caso clínico presentado destacamos que se trata probablemente de un caso de vulnerabilidad química, interpretando que se pudo producir algún delito tras consumo voluntario de tóxicos, no siempre reconocidos por la víctima. La activación precoz del protocolo de actuación ante posible caso de SQ en el SU junto al análisis toxicológico-forense realizado en el INTCF permiten identificar el consumo de sustancias y dar verosimilitud a casos de vulnerabilidad y/o sumisión química.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-830

EL RITMO AURICULAR BAJO UNA ALTERACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA A DIFERENCIAR ENTRE FISIOLÓGICO O PATOLÓGICO

AF Perea Fernández, C Fernández Alcalá, P Olmedo Carrillo,
ML Aguayo Ocaña, JE Cobo Muñoz

Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras Clave: arritmias, electrocardiograma, diagnóstico diferencial

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente varón de 22 años que acude a urgencias hospitalarias en 2 ocasiones por cuadro de dolor en epigastrio inespecífico con irradiación retroesternal con sensación distérmica los días previos, no refiere tos ni disnea ni el dolor se modifica con la respiración ni con los movimientos. El ECG al ingreso se informa como RS sobre 60 lpm con ondas T negativas en cara inferior sin otros hallazgos, Radiografía de tórax y abdomen normal, analítica con enzimas cardíacas normales e iones normales. Tras segunda consulta a las 24 horas en urgencias se decide ingreso con diagnóstico de dolor torácico y fiebre con sospecha diagnóstica de pericarditis. Durante el ingreso el ECG se informa como ritmo auricular bajo y se realiza Ecocardiografía informada como normal, ecografía abdominal también normal con analíticas con enzimas cardíacas, hepáticas y pancreáticas normales, evolucionando favorablemente y dándose de alta con diagnóstico de cuadro viral y tratándose con antiinflamatorios orales y control por su médico.

Conclusiones:

El ritmo auricular bajo o ectópico, en algunos textos se denomina ritmo de seno coronario, es una alteración ECG poco frecuente, que en muchos casos es fisiológica y normal en gente joven o deportista considerada como variante de la normalidad, pero precisa un diagnóstico diferencial con disfunción sinusal, preexcitación ventricular, medicación bradicardizante, fenómeno de marcapasos errante o incluso pericarditis. Por lo que se debe realizar una anamnesis detallada e incluso según sospecha valorar ergometría.

A-831

CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA, ¿ES LA MEJOR OPCIÓN?

J Aznarez Adelantado, ML Millán Montilla, MP Lora Coronado

Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras Clave: fibrilación auricular, isquemia, shock

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 70 años, con antecedentes de hipertensión, fumador. Paciente que acude a consulta de Neumología por estudio de síndrome constitucional con anorexia, astenia y disnea de mínimos esfuerzos y en ECG que se realiza se detecta fibrilación auricular 150 lpm, se intenta revertir farmacológicamente con amiodarona con dosis de 300 mg y posteriormente con perfusión en 24h, al ser ineficaz se decide realizar cardioversión eléctrica con bifásico a 100 J entrando en ritmo sinusal pero con tensión arterial y saturaciones de oxígeno bajas, debido a la inestabilidad del paciente se pauta tratamiento con noradrenalina y pasa a UCI, con signos de hipoperfusión periférica. Se realiza intubación. A su ingreso presenta ACR: tonos rítmicos, no soplos, crepitantes bibasales, No edemas, no signos de ttp. ECG ritmo sinusal a 90 lpm, BRD, onda T negativa en V4-V5, ANALÍTICA, hemograma normal, coagulación APT 64%, bioquímica creatinina 1,8, PCR 100, GSA ph 7,08, pcO2 74, HCO3 16,8, Láctico 5,1, troponina 0,51, se realiza cateterismo FE 48%, oclusión crónica de CD que no se trata y lesión severa de DA proximal que se trata con stent farmacoactivo. Tras mejorar su situación hemodinámica y ser extubado se traslada a planta de Cardiología con mejoría clínica importante, al alta se decide doble tratamiento antiagregante sin añadir anticoagulante, ante la presencia de elevadas cifras de tensión arterial y considerar elevado riesgo hemorrágico para decidir posteriormente en revisión por cardiología la pauta antitrombótica definitiva.

Conclusiones:

Los pacientes de edad avanzada con fibrilación auricular persistente, asintomáticos y con factores de riesgo de embolia son candidatos al control de la frecuencia ventricular y a recibir anticoagulación crónica. La cardioversión eléctrica sigue estando claramente justificada en muchos pacientes jóvenes o de edad media.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-834

EL DEPORTE DE ÉLITE Y SUS RIESGOS CORONARIOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

M Baixauli Bonet, S Martínez Piera, P Paredes Leonarte, M Arroyo Jiménez, B Moliner Zanón

Hospital Arnau de Vilanova. Valencia

Palabras Clave: dolor torácico, miopericarditis, deporte de élite

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 24 años deportista de élite que acude por presentar 3 episodios de dolor centrotorácico opresivo tras realización de una prueba de triatlón. Los dos primeros son autolimitados de 10 minutos de duración, pero el tercero aparece en reposo, más intenso, e irradiado a brazo derecho. En puertas de urgencias se realiza ECG que muestra ascenso ST de 3 mm en DI, III, aVF, V5 y V6, y descenso ST en V1-2 y aVL. Ante la sospecha de infarto agudo infero-posterior se activa Código Infarto y se traslada a la Unidad de Hemodinámica para angioplastia primaria. La coronariografía no muestra lesión isquémica pero sí una fístula coronaria CD-2 a ventrículo derecho. Ecocardiografía y cardio-RMN muestran derrame pericárdico mínimo en cara inferior y lateral del corazón, lo que sugiere que se trata de un caso de mio-pericarditis.

Conclusiones:

La clínica que manifestaba la paciente tras prueba física agresiva, sugiere patología isquémica cardíaca. Las pruebas complementarias lo descartan orientando más hacia una mio-pericarditis. Se trata como tal (AAS 500 mg (1/8 horas) + colchicina (1 día) + omeprazol 20 mg) con buena evolución clínica. Se están objetivando cada vez más casos de patología cardíaca en paciente jóvenes que practican deportes de élite, y nuestra paciente es un caso de ello. En los meses posteriores al episodio, ha acudido en varias ocasiones a urgencias por dolor torácico, siempre en relación con la práctica de esfuerzos físicos severos.

A-835

EXTRASÍSTOLES Y MAREO A LOS 14. ANOMALÍA DE EBSTEIN, A PROPÓSITO DE UN CASO

M Moya de la Calle, V Ruiz Cuevas, S Sánchez Ramón, I Cebrián Ruiz, E Hernández Bay, MJ Giraldo Pérez, C Andreu Dalleres

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Palabras Clave: Ebstein, anomaly, malformation

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Abordaje de síntomas inespecíficos clínicos y electrocardiográficos en paciente adolescente. Mujer, 14 años, traída por 112, con clínica de mareo caída sin pérdida de conocimiento y rápida recuperación, con prodromos de mareo y cefalea. Valorada hace un mes por psiquiatría en tratamiento con escitalopram. A su llegada se encuentra sola, muy angustiada y con cefalea y fatiga como síntomas principales. Relata que en el último mes ha tenido 5 episodios similares, siempre en locales cerrados y calurosos, con los mismos prodromos de palpitaciones y náuseas, llegando a perder el conocimiento solo en los dos primeros eventos. BEG, COC, ACP y Abdomen normal. Examen neurológico normal. ECG: bloqueo de rama derecha, extrasistolia ventricular monomórfica frecuente. ANALÍTICA normal ERGOMETRÍA negativa para isquemia. Extrasistolia en dupletes al inicio que desaparece con máximo esfuerzo. ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO: Dilatación de cavidades derechas con anatomía sugerente de anomalía de Ebstein a confirmar con otra técnica de imagen RNM: se descarta cardiopatía estructural de Ebstein, salvo apreciación de pequeño desplazamiento apical significativo de la inserción de los velos tricuspídeos con respecto al plano mitral de unos 10mm, lo que se denomina malformación Ebstein-Like. A su ingreso se suspende en Escitalopram, permaneciendo estable cesando la sensación de mareo y desapareciendo la anomalía de Ebstein es una cardiopatía congénita en la que los velos tricuspídeos se adosan al endocardio ventricular derecho, condicionando el desplazamiento del orificio hacia la porción apical del ventrículo derecho, dando por resultado una atrialización de dicho ventrículo. Debido a su gran similitud con otras displasias tricuspídeas el abordaje debe ser multidisciplinar, siendo el ecocardiograma transtorácico el gold estándar y la RNM indispensable para su caracterización. Únicamente aquellos pacientes que cumplan con los criterios establecidos deberán someterse a tratamiento quirúrgico.

Conclusiones:

Conclusión: dada la escasa repercusión funcional de la mínima variante que presenta nuestra paciente, podemos descartar que los dos síncope que presentó fueran de origen cardiológico, y el resto de mareos vinieran condicionados por un estado de ansiedad posterior y preocupación que la joven paciente manifestó y que el Escitalopram no hizo sino empeorar el cuadro. No debemos olvidar que los síntomas de alarma en adolescentes deben ser manejados con sumo cuidado.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-836

TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR EN MUJER EMBARAZADA

JA Rivero Guerrero, E Caro Vázquez, D Fernández Vargas,
E Rosell Vergara, P Arribas Sánchez, J Cañero Criado

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

Palabras Clave: supraventricular, embarazada, adenosina

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 26 años gestante de 14 semanas que acude a urgencias por presentar cuadro de palpitaciones junto a sensación disneica, diaforesis, adinamia y mareos de unas 2 horas de evolución mientras estaba en su domicilio, tras levantarse del sofá tras haberse fumado un cigarro. Niega dolor torácico ni pérdida de conocimiento. AP: Fumadora 20 cigarros/día. Alergia AAS. IQ: Cesárea. Exploración física: Buen estado general. Bien hidratada y perfundida. Paciente consciente y orientada. TA 99/73mmHg, Fc 145lpm. Sat O2 99%. ACP: tonos rítmicos y audibles. No soplos. MVC. Neurológico sin focalidad. EELL: no edemas ni signos de TVP. Exploraciones complementarias: ECG: taquicardia supraventricular (TSV) a 150lpm. Analítica de sangre: Hemograma: Leucocitos 7700, Hb 14,2, plaquetas 293000. Coagulación Normal. Bioquímica: glucosa 70, urea 29, creatinina 0.8, iones normales, Drogas de abuso en orina: negativo. Diagnóstico final: Edema agudo de pulmón postobstructivo Evolución: Tras realizarse ecg y objetivarse TSV, la paciente pasa a cuarto de críticos donde comienzan a realizarse maniobras vagales aunque tras no conseguir el efecto buscado, se decide la administración de adenosina en bolo, requiriendo 6 mg y 12 mg, pasando 10cc de suero fisiológico y elevando el miembro tras la administración de la medicación. Así, tras la administración de 18 mg de adenosina, la paciente pasa a ritmo sinusal, quedando en observación durante unas horas, siendo dada de alta sin incidencias con posteriores revisiones en consulta de arritmias.

Conclusiones:

El embarazo puede ser considerado un estado proarrítmico por la temprana aparición de enfermedades concomitantes en las pacientes jóvenes, el aumento de la sobrevivencia de pacientes con cardiopatías congénitas puede incrementar la aparición de arritmias, con predominio de taquicardias supraventriculares de cualquier origen. Llama la atención la poca cantidad de casos reportados desde principios de los años 50 en la literatura universal. Ha registrados diferentes tratamientos utilizados, predominando el uso de adenosina, tal y como recomiendan las guías de manejo de la AHA y SEC. La sintomatología referida por la paciente, corresponde con la descrita en la literatura universal, a su ingreso presenta cifras tensionales bajas, pero sin mostrar otros datos de inestabilidad hemodinámica, por lo cual se decidió la realización de cardioversión farmacológica, respondiendo inmediatamente a la terapéutica empleada, sin presentar nuevo episodio.

A-837

SÍNCOPE EN PACIENTE JOVEN

SJ Velásquez Díaz, A Gómez Martínez, V Sánchez Ferrández,
M Llinares Anton, L Velasco Elizondo, R Amora Hernández,
M Malia

Hospital General Universitario de Elda Virgen de la Salud. Alicante

Palabras Clave: accessory pathway, syncope emergency, supraventricular tachyarrhythmias

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Objetivo: Tener presente el diagnóstico diferencial del Síncope en personas jóvenes. Historia Clínica: Paciente varón de 22 años, sin antecedentes de interés personales ni familiares, niega hábitos tóxicos, acude a urgencias al presentar 2 episodios de pérdida de la conciencia sin relajación de esfínteres, con pronta recuperación, al estar cenando, asociado a dolor opresivo precordial antes del síncope de segundos de duración, sudoración y náuseas. Asintomático al ingreso en urgencias. Realizándose hemograma, bioquímica con enzimas cardíacas dentro de lo normal, electrocardiograma ritmo sinusal a 90 latidos por minuto (lpm), T negativas V4- V6, eje a 0°, sin otras alteraciones en la repolarización. Placa de tórax normal. Se monitoriza, durante observación paciente refiere similar sintomatología a la ocurrida en la cena, apreciándose frecuencia cardíaca a 256 lpm, pasándose a sala de reanimación, haciéndose masaje carotideo con recuperación sin necesidad de farmacoterapia. Llamándose a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) que continua monitorización estrecha en su unidad. En UCI se realizan estudios complementarios hallándose vía accesoria que producía taquiarritmia por lo que se remite a Unidad de Hemodinámica para ablación de vía accesoria.

Conclusiones:

En el diagnóstico diferencial de síncope en personas jóvenes se debe tener en cuenta las vías accesorias ya que nos dan síntomas paroxísticos, por lo que puede tener un diagnóstico tardío con cardiopatía estructural siendo su pronóstico peor. Con frecuencia las taquicardias se interpretan como cuadros de ansiedad, por lo que el intervalo de tiempo desde la aparición de los síntomas hasta que se diagnostica de taquicardia supraventricular (TSV) puede superar el año. Hay que tener presente que las crisis de TSV se continúan muchas veces de taquicardia sinusal, motivo por el que los pacientes pueden distinguir el final de los episodios de manera gradual. Los episodios de TSV habitualmente se presentan en situaciones de estrés físico o emocional, pero igualmente en reposo. Las TSV afectan principalmente a adultos jóvenes, pero pueden mostrarse en cualquier etapa de la vida. El síntoma más habitual suele ser el mareo, llegando a presíncope o incluso síncope.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-838

MARATÓN: ¿UNA MODA BUENA PARA EL CORAZÓN?

P Navarro González, E Plancha Burguera, M García Moya,
M Montes Luna, P Cuenca Orts, A Pérez Martínez, J Salgueiro Ruiz

Hospital Francisc de Borja. Gandía, Valencia

Palabras Clave: arrhythmias, cardiac, long QT syndrome, exercise

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 35 años que acude a urgencias por presentar ese mismo día varios episodios presincoales, precedidos de inestabilidad y sensación de desvanecimiento inminente. El día anterior realizó una carrera de montaña y desde hace un año participa en maratones. Antecedentes familiares: fallecimiento de su hermana por muerte súbita. Durante su estancia en urgencias presenta pérdida de conciencia de unos segundos de duración, objetivando en el registro alternancia de ritmo sinusal con rachas de taquicardia ventricular polimórfica autolimitada. Se inicia tratamiento y se realizan exploraciones complementarias. Se traslada a hospital de referencia para completar estudio e implante de DAI. Se le da el alta y acude a revisión en consultas de cardiología. EXPLORACIÓN FÍSICA: normal. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: Glucemia: normal. ECG (basal): ritmo sinusal a 50lpm, PR: 0,8, QRS: 0,4, QT: 0,6s QTc: 0,52s. Ecocardiograma: normal Analítica: Mg: 1,57mg/dl, CK: 608U/L, seriación enzimática normal. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: 1) Isquemia aguda. 2) Cardiopatía estructural: Hipertrofia y miocardiopatía hipertrófica/Miocardiopatía dilatada/ Infarto de miocardio. 3) Síndrome QT largo adquirido. 4) Canalopatías congénitas: Síndrome QT largo/Síndrome QT corto/Síndrome de Brugada/Taquicardia ventricular polimórfica (TVP) catecolaminérgica/torsade de pointes de acoplamiento corto. DIAGNÓSTICO: Síncopes secundarios a TVP en torsade de pointes. QT largo congénito

Conclusiones:

El síncope es una pérdida brusca de la conciencia y del tono muscular, de corta duración (segundos o minutos) y con recuperación espontánea. Es fundamental realizar una buena historia clínica para identificar aquellos síncopes que son de alto riesgo. El Síndrome QT largo (SQTl) es una canalopatía caracterizada por la presencia de arritmias malignas tipo torsade de pointes. El diagnóstico genético ayuda a evaluar el pronóstico y permite orientar de forma específica el tratamiento. El tratamiento consiste en b-bloqueantes, evitar fármacos que prolonguen el QT y restricción de ejercicio físico. Los pacientes sintomáticos sin tratamiento tienen un riesgo de muerte del 20% al año y del 50% en 10 años tras el primer evento de arritmia ventricular. La parada cardíaca supone la primera manifestación en el 9% de los casos y el 12% de los pacientes asintomáticos desarrollaran síntomas, incluso muerte súbita. En nuestro caso, en un principio podría sospecharse un síncope vasovagal u ortostático. Pero gracias a la realización de un ECG, acabó por desenmascarse una anomalía congénita, potencialmente mortal, precipitada por el ejercicio.

A-839

DISECCIÓN AÓRTICA

MA Bernal Hinojosa, EM Espínola Coll, B García Gollonet,
J Cano García

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Palabras Clave: aortic dissection, myocardial infarction, chest pain

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. No antecedentes personales de interés. Fumador severo. Intervenido de fístula anal. Enfermedad actual: dolor torácico de tipo opresivo irradiado a espalda, acompañado de disnea. Exploración física: aceptable estado general, consciente, bien hidratado y profundido, disneico en reposo. Tensión arterial brazo derecho: 209/112, tensión arterial brazo izquierdo: 190/110. Tonos cardíacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, depresible, doloroso en epigastrio, hepatomegalia no dolorosa, no irritación peritoneal. Ruidos hidroaéreos conservados. Pruebas complementarias: Analítica de sangre: hemograma normal, salvo leucocitos 12500. INR 1.1, PT-actividad 89%. Dímero D: >80000. Bioquímica normal. CK-MMB 1.3, troponina <0.015. Radiografía de tórax: cardiomegalia, elongación aórtica. No imagen de condensación ni derrame pleural. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 65 lpm, eje normal, PR 0.12, sin alteraciones de la repolarización. Ecocardiograma: Ventrículo izquierdo no dilatado, con grosor parietal en el límite superior de la normalidad y buena contractilidad global y segmentaria. Válvulas sin alteraciones. Aurícula izquierda y raíz aórtica y aorta ascendente de dimensiones normales sin imagen de flap por ecocardiograma transtorácico. Cavidades derechas de dimensiones normales con buena contractilidad de ventrículo derecho. No derrame pericárdico. AngioTC de tórax y abdomen: disección de aorta que se extiende desde el cayado aórtico (distal a la salida de la arteria subclavia izquierda) hasta la bifurcación iliaca, afectando además a la arteria iliaca común derecha. Los troncos abdominales (trípode celiaco, arterias mesentéricas y renales) se originan de la luz verdadera. Moderada aterosclerosis aortoiliaca. Hallazgos compatibles con disección aórtica tipo B de Stanford. Hígado de tamaño normal, con lesión calcificada en el segmento V, en probable relación con granuloma. Masas hipodensas en ambas glándulas suprarrenales. No se aprecia líquido libre intraperitoneal. Juicio clínico: disección de aorta tipo B de Stanford. Evolución: ingresa para colocación de endoprótesis de forma programada. Se posiciona endoprótesis Torácica Bolton Relay, con oclusión de subclavia izquierda, con buen resultado final con cineangiografía. Relleno distal lento de la falsa luz por fenestración abdominal. Ramos viscerales permeables saliendo de luz verdadera.

Conclusiones:

La disección aórtica es una patología frecuente. Aunque los síntomas iniciales no sean los más comunes, no podemos olvidarla en el diagnóstico diferencial del dolor torácico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-840

PARADA CARDIACA RECUPERADA

MF Sanz de Galdeano, A Zapatería García, L Yanguas Amatriain,
M Sada Ruiz, M Pérez Gutiérrez

Hospital García Orcoyen. Pamplona

Palabras Clave: paro cardiaco, taquicardia ventricular, miocardio

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Introducción. La miocardiopatía dilatada Caso Varón de años ingresa en HGO por cuadro de mareo fugaz y posteriormente episodio sincopal presenciado por familiares, describiéndose apnea prolongada por lo que se inicia RCP básica con recuperación posterior. Al parecer no sensación de disnea, dolor torácico o palpitaciones. En Urgencias y durante ingreso se realizan: - TAC torácico - ECG seriados - AS con mínima elevación de Tn I: 0.038. - ETT: Miocardiopatía dilatada con hipertrofia parietal (FEVI 35-40 Coronariografía realizada el 27 de mayo de forma ambulatoria (desde HGO): arterias coronarias sin lesiones. - Holter ECG: extrasistolia ventricular compleja con extrasístoles ventriculares frecuentes, por ectópicos, múltiples parejas y dos salvos de taquicardia ventricular no sostenida de tres y cuatro latidos. ingreso en URCE para monitorización, donde permanece el paciente sin eventos. Se solicita RMN cardiaca y se traslada el paciente a Cardiología completa el estudio, manteniéndose clínicamente estable y sin registro de arritmias en telemetría. La RMN muestra miocardiopatía hipertrófica-isquémica: VI dilatado con hipertrofia septal asimétrica y FEVI deprimida (37%). Cicatriz lateral extensa con miocardio viable (realce tardío subendocárdico de perfil isquémico de localización lateral con distribución extensa y transmuralidad <25%). Resultados En vista del cuadro de síncope cardiogénico vs PCR recuperada en paciente con miocardiopatía hipertrófica e isquémica, con BRI y GF II (con ingreso reciente por insuficiencia cardiaca), se decide implantación de DAI-TRC, llevado a cabo el día 24/04/2015 (Medtronic Viva), sin incidencias ETT tras la resincronización: Miocardiopatía hipertrófica en fase dilatada con función sistólica deprimida de forma moderada (FEVI en torno al 40-45%).

Conclusiones:

Recomendamos estudio cardiológico en su hermana para screening de miocardiopatía.

A-841

HIPOTERMIA..., ¿ENEMIGO EN LAS COMPETICIONES DE MONTAÑA?

A Gangoellés Sabata, A Salas Pellicer, S Sánchez Díaz,
A Camps Roca

Hospital Sant Bernabé. Berga, Barcelona

Palabras Clave: hypothermia, athlete, ventricular fibrillation

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Introducción: Se puede decir que la hipotermia severa es la situación en la que la temperatura corporal central es menor de 28°C, y su mortalidad está entre el 40-75%. Siendo el frío el agente etiológico principal de esta causa, potenciándose por el viento, humedad y altura. OBJETIVOS: Que los corredores en competiciones de montaña, además de tener una preparación físico-mental excelente, tengan consciencia respecto a las adversidades climatológicas que pueden encontrar en estas competiciones, y las potenciales complicaciones que pueden llegar a sufrir, siendo fundamental saber realizar una ingesta e hidratación adecuadas. MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODO: Mujer de 48 años, sin antecedentes patológicos de interés. Participante en carrera de resistencia de alta montaña, con clima predominante de frío intenso. Tras varias horas de carrera, al anochecer presenta síncope. Posteriormente es encontrada por compañeros con un bajo nivel de consciencia, fría, con movimientos involuntarios, cianosis distal y gimiendo. Debido a las dificultades orográficas del terreno se traslada al refugio más próximo por los propios compañeros, y posteriormente al hospital de zona con unidad de Soporte Vital Básico. En la exploración inicial en urgencias, se aprecia, leve hipofonía bilateral, tono cardiaco conservado, cianosis generalizada, temperatura inespecífica, hipotensión, Glasgow 8 y electrocardiograma sin alteraciones. Se procede al calentamiento externo pasivo (Tª ambiental de 24°C), activo (mantas térmicas), y al interno con Sueroterapia a 37°C. A los diez minutos del ingreso, presenta parada cardiorrespiratoria con fibrilación ventricular, que revierte a Ritmo Sinusal tras la quinta desfibrilación y sus respectivas adrenalinas. Acto seguido se realiza intubación orotraqueal y se continua con el calentamiento interno, utilizando lavados gástricos con sueros a 37°C a través Sonda nasogástrica. Se estabiliza hemodinámicamente, reactividad pupilar con midriasis bilateral y anuria. Pruebas Complementarias: Analítica: Hb 9.4, Htco 28%, plaquetas 9000, leucocitos 5200, Glucemia 600, Urea 73, Na 124, K 6.5, Gasometría Venosa pH 7.14, CO3H 10, PCO2 22. RESULTADOS: Acidosis metabólica, hiperglicemia y coagulopatía. Orientación diagnóstica de hipotermia severa. Aparición de nueva parada cardiorrespiratoria, con resultado final de éxitus.

Conclusiones:

Las hipotermias se relacionan con alteraciones del ritmo cardiaco, clasificadas como severas las de grado IIIHV, ya que son susceptibles a desencadenar arritmias malignas como es la fibrilación ventricular. El objetivo es el aumento progresivo de la temperatura corporal. Es fundamental que los corredores conozcan las indicaciones preventivas del material aportado en casos de frío extremo, así como la importancia de una ingesta e hidratación adecuadas a la situación y el entorno



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-844

VARÓN DE 25 AÑOS CON CEFALEA E INESTABILIDAD

**A Mesa Vega (1), MD Pérez López (1), S Pendón Fernández (1),
A Arana Bravo (1), A Ramírez Fernández (2)**

(1) Hospital Comarcal Axarquía, (2) CS Torrox, AGS Este Málaga.
Vélez Málaga, Málaga

Palabras Clave: mareo, cefalea, bradipsiquia

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Paciente varón de 25 años que acude por cefalea y mareo varias horas de evolución. AP: Migraña en tto con Flunarizina, fumador de cannabis (1-2 al día). Trabaja de jardinero. Anamnesis: Cuadro de sensación de inestabilidad y sudoración de unos 15 minutos de duración que se autolimita, posteriormente nuevo episodio de similares características que se acompaña de visión borrosa, 2 vómitos y cefalea que la describe diferente a sus migrañas habituales, la familia lo nota lento y aturrido motivo por el que consultan a NS. Niega cuadro febril, infeccioso o catarral en días previos. Tampoco ha fumigado en días previos. Exploración: se encuentra hemodinamicamente estable, afebril, bradipsíquico, bostezos frecuentes, no fija la mirada y desviación de comisura bucal a la D (no presente a su llegada). Resto de exploración física anodina. En AS destaca leucocitos 14.750 con 80.6% N y 12.1% L, resto normal. Tóxicos orina: Cannabis positivo, resto negativo. Rx tórax normal. TAC craneal: Sin alteraciones. PL: hematies 15, leucocitos 1, glucosa 78, proteínas 24, no se observan gérmenes. RMN: Alteración de señal que afecta fundamentalmente a la corteza cerebral de región opercular D y putamen y cabeza del caudado ipsilateral, considerando como 1ª opción diagnóstica la encefalitis vírica. Cultivo de LCR: negativo. PCR para VHS1 y VHS2 negativo. PCR para CMV negativo. Serología: VIH negativa, CMV IgM positiva. Evolución: Tras administración de 1ª dosis de aciclovir iv en urgencias en espera de RMN se aprecia buena respuesta al tto con mejoría desde el punto de vista neurológico. Ingresó en planta de MI con buena evolución posterior recibiendo tto iv con aciclovir 10 días y alta posterior encontrándose asintomático.

Conclusiones:

Ante paciente con síntomas neurológicos + síntomas cerebelosos debemos tener en cuenta, como posibilidad diagnóstica, la encefalitis viral ya que una sospecha diagnóstica e instauración precoz del tratamiento evita la posibilidad de daño cerebral permanente.

A-845

PARVOVIRUS B19 HUMANO EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE FARINGITIS AGUDA

**M Palomino Pérez, R Izquierdo Bonillo, MA Morales Mármol,
A Merlo Serrano**

Hospital Regional Virgen Macarena. Sevilla

Palabras Clave: anemia hemolítica, parvovirus B19 humano, esplenomegalia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 20 años sin antecedentes personales de interés, tras estar varios días con exposición solar y presentando fiebre y cefalea es diagnosticado de faringitis aguda y en tratamiento con azitromicina, acude a urgencias por persistencia de fiebre de 7 días de evolución a pesar del tratamiento asociando anemia, dolor abdominal y esplenomegalia. Analítica: Hb 7.6, Htco 22.5, hipertransaminasemia, test de coomb negativo, LDH 1053, coagulación normal, EPO 219+, TSH 1.76, IgG ANA negativo. Se realiza ecografía abdominal con colelitiasis sin signos de colecistitis y esplenomegalia. Serología: VIH, CMV, VEB, VHA, VHB y VHC negativos, frotis de sangre periférica sin signos de hemólisis, serie blanca con neutrofilia con desviación a la izquierda con refuerzo de la granulación citoplasmática, IgM para parvovirus positivo.

Conclusiones:

El reto del médico de urgencias ante paciente con anemia es filiar el origen de la misma en concordancia con la clínica que presenta el paciente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-846

SÍNDROME CORONARIO AGUDO SECUNDARIO A DISECCIÓN AÓRTICA

D Fernández Garrido (1), J Vives Hernández (2), M de La Torre Olivares (1), P Rodríguez Lavado (1), E Carreño Aroca (1), A Sánchez Guirao (3), D Rosillo Castro (1)

(1) Hospital Comarcal del Noroeste (Caravaca), (2) Hospital Virgen del Castillo (Yecla), (3) Hospital Rafael Méndez (Lorca). Murcia

Palabras Clave: dolor en el pecho, disección, fibrinolisis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 67 años que llega a nuestro Servicio traída por el 061 tras episodio de dolor torácico. La paciente es hipertensa, diabética en tratamiento con vildagliptina, sin antecedentes de tabaquismo ni otros factores de riesgo cardiovascular. En el año 2007 presentó un síndrome coronario agudo (SCA) sin elevación del ST por el que se llega a revascularizar la coronaria derecha con stent recubierto. Desde entonces la mujer no había vuelto a tener episodios anginosos. La mañana del ingreso comienza con opresión retroesternal que le irradia a base del cuello, zona interescapular y hombro izquierdo. Inicio mientras deambulaba y le obliga a detenerse, acompañándose de sensación disneica y cortejo vegetativo autolimitado. Cese paulatino con una duración de veinte minutos aproximadamente. Debido a que no queda completamente asintomática decide acudir a su Médico de Atención Primaria que objetiva en el electrocardiograma (ECG) ascenso del ST (1 mm) en II, III, aVF y V1. Con la sospecha de síndrome coronario agudo avisa al 112 que envía una unidad medicalizada para valoración y transporte al centro sanitario de referencia. Administraron tratamiento antiangregante (clopidogrel y ácido acetilsalicílico) junto a dos comprimidos de nitratos orales. Unos minutos después, durante el transporte, la paciente presenta malestar general, palidez e hipotensión que mejora tras sueroterapia hasta quedar paucisintomática (leves molestias en base cervical). Una hora después del inicio de los síntomas la paciente llega a nuestro Servicio. A la exploración destaca que está normotensa con una auscultación cardiopulmonar y exploración abdominal normal. Los miembros inferiores no presentan edemas, tiene buen pulso y perfusión distal bilateral. Sigue refiriendo un leve dolor (EVA 2/10). En el ECG persisten los cambios electrocardiográficos descritos con anterioridad. Se realiza radiografía de tórax en proyección anteroposterior (decúbito) en la que impresiona de ensanchamiento mediastínico. Ante la sospecha de disección aórtica se solicita angiotomografía que confirma el diagnóstico por lo que se traslada al hospital de referencia para tratamiento definitivo.

Conclusiones:

En nuestro hospital realizamos fibrinólisis intravenosa en el SCA con elevación del ST por lo que es muy importante la filiación del dolor torácico en Urgencias. En este caso supondría una contraindicación absoluta.

A-847

POLIMEDICACIÓN Y SÍNDROME DE QT LARGO ADQUIRIDO

R Royo Hernández, L García Forcén, C Canet Fajas, C Marco López, M de Azúa Jiménez, JM Abascal Roda, P Revilla Martí

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Palabras Clave: long QT syndrome, hypomagnesemia, torsades de pointes

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 86 años con antecedentes de Diabetes mellitus tipo 2 y episodios de amnesia global transitoria ?Epilepsia vascular, en tratamiento con AAS 300 mg/d, keppra 250 mg/12, bisoprolol 2.5 mg/12h, Fluoxetina 20 mg/d, metformina 850 mg/d y somazina. Deambula con bastón. Acude a urgencias remitida por contusión a nivel cadera izda en contexto de caída, por lo que es atendida en box de traumatología de nuestro servicio. Refiere sensación de mareo encontrándose en bipedestación y posterior caída al suelo sin pérdida de conciencia. Exploración física: No signos de focalidad neurológica. Palidez mucocutánea. Ac: tonos rítmicos a 45lpm. AP: normoventilación. Abdomen: anodino. EELL: no edemas ni signos TVP. Durante la exploración inicial presenta vómito hemático sin repercusión hemodinámica. No episodios previos. Depositiones normales. Pruebas complementarias: ECG: Bradicardia sinusal a 42 lpm. BSA. QTc de 644 m. Radiografía tórax/ serie ósea: Elongación aórtica. Signos de hipertensión venocapilar. Sin claras imágenes de fractura. Análisis urgencias: Hb 11.2 g/dl, Hto 34.9 %. urea 1.34 g/l, creatinina 0.57 mg/dl. Evolución: Al realizar ECG, llama atención QTc de 644 ms, por lo que ante el riesgo de presentar torsade de pointes, se decide ingreso en cardiología con monitorización. Durante el ingreso, se detecta hipomagnesemia que se corrige administrando suplementos y se retira fluoxetina. Se realiza además gastroscopia que muestra hernia de hiato sin objetivarse punto sangrante y con leve anemia pero sin repercusión clínica ni hemodinámica. No se detectan eventos en la monitorización por lo que es dada de alta con diagnóstico de Síndrome QT largo adquirido multifactorial (hipomagnesemia+farmacológico). ECG al alta: Ritmo sinusal a 66 lpm. PR 210 ms. QTc 470 ms.

Conclusiones:

El síndrome de QT largo se caracteriza por una prolongación del intervalo QT en ECG, definido como un QT corregido > 450 ms en varones y > 470 ms en mujeres, que predispone al desarrollo de arritmias ventriculares del tipo torsade de pointes. Se diferencian dos grandes grupos: el QT largo congénito y la variante adquirida. La principal causa de QT largo adquirido es farmacológica, pero existen otras causas que incluyen trastornos electrolíticos y tóxicos entre otros.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-848

ESTOY CANSADA DE TOSER

M Blanca Segura (1), M Ruiz Ojeda (2), E Piñero Flores (3)

(1) Centro de Salud de Villanueva. Córdoba, (2) Dispositivo de Urgencias de Pozoblanco, (3) Centro de Salud de Olvera (Cádiz). Córdoba

Palabras Clave: cough, dyspnea, chronicity

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: mujer de 48 años que presenta tos seca irritativa y disnea a moderados esfuerzos de varios meses de evolución. Entre sus antecedentes personales, epilepsia en tratamiento. **OBJETIVOS:** determinar la causa de la disnea. **MATERIAL Y MÉTODO:** analítica con estudio de coagulación normal. Dímero D1243. Bioquímica normal. En electrocardiograma, taquicardia sinusal sin trastornos de la repolarización. Radiografía de tórax con infiltrado en bases pulmonares. TAC de tórax con hallazgos sugerentes de neumonía intersticial o distrés respiratorio del adulto de cualquier etiología, con zonas en fase fibrótica en ambos lóbulos inferiores y lóbulos medios. ANGIOTAC de arteria pulmonar, bilateral: no defectos de replección, apreciándose un patrón intersticio-alveolar, peribroncovascular. Áreas en vidrio deslustrado adyacentes. No adenopatías. **RESULTADOS.** Se pautaron en un inicio antibióticos de amplio espectro y corticoides por vía oral, continuando con bolos de corticoides y ciclofosfamida. Se descartó infección por pneumocysti, granulomas, eosinófilos, vasculitis y células malignas en biopsia transbronquial. La evolución fue mala, ingresando en UCI, para finalmente fallecer.

Conclusiones:

Ante un cuadro de tos y disnea progresiva de larga evolución, descartar patología urgente que comprometa la vida del paciente, si bien en algunos casos el diagnóstico final es incierto sin llegar a la etiología, y las propias complicaciones son las que intervienen en el desenlace.

A-849

LA FIBRILACION AURICULAR Y LA ACTITUD TERAPÉUTICA A SEGUIR EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

AF Perea Fernández, J Beteta Moya, P Olmedo Carrillo, ML Aguayo Ocaña, JE Cobo Muñoz

Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras Clave: fibrilación auricular, tratamiento, cardioversión

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente varón de 75 años que acude a consultas de otro centro Hospitalario para estudio de Sd constitucional (astenia, anorexia, disnea de mínimos esfuerzos), antecedentes de hábitos tóxicos (fumador 3 paquetes al día y bebedor), HTA y depresión, en tratamiento, refiere en la consulta palpitaciones, y al realizar ECG ven fibrilación auricular a 150 lpm por lo que se deriva a urgencias de su centro. La fibrilación intentan revertir farmacológicamente con amiodarona, que al ser ineficaz deciden realizar cardioversión eléctrica pasando a ritmo sinusal pero entrando entonces en inestabilidad hemodinámica. Se traslada con críticos a nuestro centro con reservorio y perfusión de noradrenalina. A su llegada se encuentra taquicárdico, taquipneico con malas saturaciones y signos de hipoperfusión periférica, en la auscultación soplo sistólico mitral y sibilancias diseminadas por lo que se procede a IOT e ingresándose en UCI. En ECG ritmo sinusal con bloqueo A-V 1 grado, bloqueo rama derecha y hemibloqueo anterior izquierdo. Durante su estancia en UCI se le realiza Ecocardiografía con disfunción severa (FEVI 30%), insuficiencia mitral y aortica moderada y cateterismo que muestra lesión severa de la DA proximal que se trata con stent farmacológico. Tras mejorar de su situación hemodinámica pasa a planta de cardiología, y tras mejoría clínica alta con diagnóstico: Cardiopatía isquémica con enfermedad de vaso y revascularización percutánea. Disfunción sistólica severa. Insuficiencia cardiaca aguda con episodio de fibrilación auricular revertida.

Conclusiones:

La ACxFA cuando se detecta en urgencias, plantea como actuar y si revertir o solo frenar. Si es inestable hay que cardiovertir eléctricamente, sino habrá que valorar que tipo de ACxFA es, y si la arritmia es el motivo de la clínica o solo reactiva a otra causa, para tomar la mejor decisión de cómo actuar-frenar solo, o si es de menos de 48 horas y es el motivo de consulta plantear cardioversión farmacológica o eléctrica, pero es importante valorar con las pruebas que disponemos en urgencias la actuación a seguir pero sin olvidar nunca: prima la seguridad del paciente frente a la eficacia de cardiovertir.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-850

DISNEA, ESE SÍNTOMA TAN INESPECÍFICO

C Gil Sánchez, AM Comino García, A Izquierdo Gomar, M Iravedra García, EM Arias Martínez, C Velasco Rey

Hospital La Línea. Algeciras, Cádiz

Palabras Clave: disnea, hipertensión pulmonar, insuficiencia respiratoria

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 52 años sin antecedentes personales. Acude a urgencias por cuadro de disnea, de 3 a 6 meses de evolución, sin requerir consulta con su médico, hasta un empeoramiento progresivo en las últimas 3 semanas haciéndose a mínimos esfuerzos. Refiere deterioro tras infección respiratoria tratada con antibioterapia empírica y corticoterapia oral. Exploración física: TA 129/75, FC 110 lpm, pulsioximetría SatO₂ 75% mantenida, ascendiendo a 95% con oxígeno a 15 l/min, Afebril. Regular estado general, consciente, orientada, palidez mucocutánea, obesidad y taquipnea, sin cianosis central ni periférica. Auscultación cardíaca: Taquicardia rítmica, sin soplos, respiratoria: murmullo vesicular conservado, crepitantes finos hasta campos medios bilaterales. Abdomen: Globuloso, blando, leve dolor a la palpación generalizada sin defensa. Edemas maleolares sin fóvea. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica: Glucosa 131, función renal y hepática normal, potasio 4,1, sodio 136, PCR 92,6, CK y troponina T negativas. Hemoglobina 11,10, hipocrómica, microcítica, leucocitos 15900, neutrófilos 72%, linfocitos 17% plaquetas 494000. Coagulación: Normal, Dímero-D 387. Gasometría: pH 7,47, pO₂ 30, SatO₂ 63%, pCO₂ 38, HCO₃ 27,7, láctico 9. Radiografía tórax: patrón en vidrio deslustrado. ECG: Taquicardia sinusal. Ecocardiograma: Aurícula izquierda y Ventrículo derecho ligeramente dilatado, Hipertensión pulmonar moderada-severa, insuficiencia mitral leve. Angio-TC: Patrón en vidrio deslustrado, posible enfermedad intersticial, nódulo milimétrico en lóbulo medio, adenopatías 1 cm región prevascular y ventana aortopulmonar. TACAR: no evidencia de enfermedad intersticial. Espirometría: patrón obstructivo leve. Estudio del sueño: síndrome de hipoventilación alveolar con indicación de oxígeno nocturno. Estudio inmunológico y de hipercoagulabilidad negativos. Evolución satisfactoria con antibioterapia empírica, corticoides y oxigenoterapia. Al alta SatO₂ 95%. Diagnóstico: Hipertensión pulmonar, síndrome de obesidad hipoventilación, insuficiencia cardíaca derecha, infección respiratoria no condensante.

Conclusiones:

Las causas de insuficiencia respiratoria son variadas con un curso agudo o insidioso según la patología etiológica. El diagnóstico diferencial puede ser complejo, la Historia clínica es fundamental además de las pruebas complementarias. En este caso, la buena tolerancia clínica de la paciente ante una hipoxemia tan severa, nos planteó el diagnóstico diferencial con una patología como la Hipertensión pulmonar, de larga evolución y asintomática hasta que se desestabilizó por una infección respiratoria, empeorando clínicamente la paciente.

A-852

DOCTOR, EL CORAZÓN A VECES ME LATE MUY DEPRISA

E Sánchez Torres (1), E Ruiz García (2), M Sola García (2)

(1) Centro de Salud José Barneo. Torredonjimeno. Jaén,

(2) Centro de Salud El Valle. Jaén

Palabras clave: palpitaciones, dolor torácico, ablación

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Enfoque individual: Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas, no hábitos tóxicos, no intervenciones quirúrgicas. Depresión y cefalea tensional. Anamnesis: Mujer de 35 años que acude a urgencias hospitalarias refiriendo en ocasiones latidos fuertes y rápidos, de inicio y final brusco y duración corta. Acompaña dolor torácico de un minuto de duración no irradiado y disnea. Aparecen a menudo al inclinarse hacia delante. Exploración: normocoloreada, eupneica y bien perfundida. Tolerancia decúbito. Auscultación cardiopulmonar: rítmicos, taquicardia, resto normal. Abdomen: no visceromegalias. Extremidades: pulsos normales, no edemas. Tensión arterial: 100 / 60 mmHg. Pruebas complementarias: Analítica sin alteraciones. Electrocardiograma: Taquicardia paroxística supraventricular con QRS estrecho a 230 lpm, presencia de onda delta. Juicio clínico: Taquicardia paroxística supraventricular, taquicardia regular con QRS estrecho, síndrome de preexcitación tipo Wolff-Parkinson-White (WPW). Tratamiento, planes de actuación En urgencias en primer lugar realizamos maniobras vagales (en este caso explicamos a la paciente que tome todo el aire que pueda y cierre vías respiratorias y apriete manteniendo el aire dentro). Fue favorable. Como segunda opción si no cede utilizaríamos fármacos frenadores del nodo AV (en este caso iniciamos bisoprolol 5 mg/24 h si la paciente no mejora tras realizar maniobras vagales en su domicilio). Evolución. Actualmente nuestra paciente ha mejorado clínicamente, aunque está pendiente de seguimiento por Cardiología para tratamiento definitivo: estudio electrofisiológico y ablación.

Conclusiones:

La aplicabilidad de este caso para Urgencias se basa en la importancia de una correcta anamnesis (sólo fue imprescindible el electrocardiograma para el diagnóstico definitivo) y una actuación rápida y eficaz, para llegar a un tratamiento sintomático y finalmente óptimo.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-853

DISNEA Y TOS... ¿SE TRATA DE UNA INFECCIÓN RESPIRATORIA?

S Martínez Piera, B Moliner Zanón, M Baixauli Bonet,
P Paredes Leonarte, M Arroyo Jiménez

Hospital Arnau de Vilanova. Valencia

Palabras clave: derrame pericárdico, disnea, cardiomegalia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 43 años con disnea a mínimos esfuerzos desde hace meses. Tratado hace un mes con antibiótico por infección respiratoria con tos y expectoración verdosa, sin mejoría. En radiografía de tórax se objetiva cardiomegalia. Se trata como enfermedad respiratoria infecciosa, con mala evolución clínica. Se realiza ecocardiografía y posterior pericardiocentesis con mejoría del paciente.

Conclusiones:

Existen multitud de procesos que pueden afectar al pericardio, como pericarditis infecciosa, enfermedades autoinmunes, irritación pericárdica por patología e órganos adyacentes, alteraciones metabólicas, traumatismos o afectación neoplásica, tanto directa como en el contexto de síndrome paraneoplásico. Otra entidad bastante frecuente es el derrame pericárdico crónico idiopático, como fue el caso de nuestro paciente.

A-854

SEPSIS, ¿O NO?

B Sainz Santos (1), C Fernández Pereda (1), A Robles Amieva (1), D López Fernández (1), C de León Rivas (1), A González San Emeterio (2), R Hernando Fernández (1)

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras Clave: infarto agudo de miocardio, isquemia miocárdica, mortalidad

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: se denomina síndrome coronario agudo(SCA) a la situación de isquemia miocárdica aguda debida a la disminución en el aporte de oxígeno al miocardio. En España, las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de mortalidad para la población, liderando el grupo la cardiopatía isquémica con un 31% del total. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), la mortalidad de los pacientes con IAM es mayor entre las mujeres que entre los hombres, con independencia de la edad. Un número creciente de estudios relaciona esta mayor mortalidad entre las mujeres al hecho de que tienen menor acceso a las terapias de reperfusión. La sintomatología más atípica, la escasa percepción del riesgo por parte de las mujeres (enfermedad de varones), entre otros, pueden llevar a un retraso en la sospecha diagnóstica y, por tanto, a una demora en el tratamiento definitivo. **OBJETIVOS:** la elevada mortalidad del cuadro y su sintomatología atípica hacen imprescindible la inclusión de esta entidad entre los principales diagnósticos diferenciales de la patología de urgencias. **PACIENTES Y MÉTODO:** mujer, 79 años, con antecedentes de HTA. Acude al servicio de urgencias con cuadro de disminución del nivel de consciencia, palidez cutánea y sudoración profusa. Su familia refiere que 12 horas antes presentó cuadro de vómitos alimenticios, deposiciones diarreicas sin productos patológicos, sin otra sintomatología acompañante. Exploración física: Glasgow 10. TA 65/43. FC 20 lpm. FR 30 rpm. Tª 36,7°C. SatO2 (basal): 98%. Palidez cutánea. Hipoperfusión periférica. Tiraje supraesternal y uso de musculatura subcostal. Resto de la exploración física anodina. **RESULTADOS:** Bioquímica: Glucosa 187, urea 54, creatinina 0,73, FG 79, Na 147, K 3,7, Lactato 46,1, PCR 0,7, PCT 0,06, Troponinas 45,40. Hemograma: leucocitos 14100, 61,5% segmentados, Hb 12,9, plaquetas 266000, TP 93%. Electrocardiograma: bloqueo auriculoventricular completo a 20lpm, elevación ST en II, III y aVF. Coronariografía: obstrucción completa de coronaria derecha proximal. Ecocardiograma: VI no dilatado, hipoquinesia inferobasal. FEVI 50%. VD normal. IAM grado II.

Conclusiones:

Dado que las opciones terapéuticas, y su eficacia, son tiempo-dependientes se debe disminuir el retraso en establecer un diagnóstico definitivo, teniendo en cuenta que es una de las principales causas de mortalidad entre la población.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-855

CHIRLA AÉREO-DIGESTIVA

MM Carrasco Sánchez, B Valero Tellería, V Delgado Sardina, C Fonseca Ramiro, V de la Hoz Carracedo, M Monge Bronchalo, MT Martínez Marco

Hospital del Henares. Madrid

Palabras Clave: sialorrea, esófago, endoscopia

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Varón de 36 años, afecto de trisomía del par 21, acude a urgencias por tos e intensa sialorrea. Su madre refiere que mientras comía paella ha sufrido un atragantamiento y posteriormente ha tenido un vómito copioso de carácter alimentario sin productos patológicos que no ha aliviado la sintomatología descrita. A su llegada, presenta una tensión arterial de 186/78 y una frecuencia cardíaca de 100 latidos por minuto. La auscultación cardiopulmonar y la exploración abdominal no presentan alteraciones significativas. Tras una exhaustiva anamnesis y exploración física, se pauta una ampolla de glucagón tras lo cual cede la tos pero el paciente continúa con sialorrea profusa. Analíticamente destaca moderada leucocitosis con neutrofilia. Se realiza radiografía de tórax, observándose una imagen de 34 x 23 mm sugestiva de cuerpo extraño superpuesta a la altura del cuerpo vertebral D1. En la radiografía lateral de cavum dicha imagen parece localizarse en esófago, siendo compatible con cuerpo extraño. Ante la imagen radiológica y la persistencia de la sintomatología, se solicita endoscopia urgente, cuyo resultado es que al pasar la boca de Killian, se objetivan dos valvas de chirila impactadas, produciendo un desgarró de forma romboidal en la pared posterior-derecha del esófago proximal. A pesar del escaso espacio de maniobra disponible, finalmente se atrapa con pinza de cuerpo extraño tipo pinzas de cocodrilo agarrando el borde de una de las valvas y se extrae con dificultad a la cavidad oral. Tras un día de observación en urgencias e inicio de tolerancia con dieta líquida, se da de alta al paciente con analgesia y dieta triturada los próximos días.

Conclusiones:

La impactación de cuerpo extraño en la vía aéreo-digestiva es una patología frecuente cuyo resultado final puede variar entre un atragantamiento sin consecuencias hasta un cuadro dramático de muerte por asfixia. La anamnesis y la exploración física detalladas son fundamentales para el diagnóstico diferencial. Así, la presencia de disfagia, odinofagia y sialorrea deben hacernos pensar en obstrucción de la luz del tracto digestivo. Y, por el contrario, síntomas como tos, disfonía o sibilancias harán sospechar patología de vía aérea cuya permeabilidad es prioritario asegurar para evitar un desenlace fatal.

A-856

IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO PRECOZ

N Balbas Brígido (1), JM Lanza Gómez (2)

(1) 061 Cantabria, (2) Hospital Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras Clave: tetraparesia aguda, parálisis, neurofisiología

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Paciente de 83 años que refiere clínica de una semana de evolución de vómitos y diarrea con deposiciones en número de 6-8/día con algún resto hemático en las heces, febrícula asociada. Coincidiendo con cuadro de diarrea de su nieto al que se aisló *Campylobacter jejuni*. Acude a Urgencias del SUAP donde tras exploración se diagnostica de gastroenteritis aguda y astenia/anorexia secundaria. Al parecer, a un nieto suyo se le había aislado *Campylobacter jejuni* en heces. Ese mismo día, aproximadamente a las 8 horas de haber acudido al Centro de Salud, presenta disminución de fuerza en extremidades superiores y posteriormente en inferiores hasta llegar a incapacitarle la deambulación. Esta vez, sus familiares la llevan a Urgencias del Hospital donde se precia a la exploración física una tetraparesia flácida arrefléxica sin déficit sensitivo. A la hora de ingresar en Urgencias presenta mayor deterioro neurológico con afectación musculatura respiratoria que obliga a intubación, además de hipotensión por probable disautonomía. Se practica analítica de rutina siendo normal, TAC craneal normal, punción lumbar con disociación albúmino-citológica y electromiograma(EMG) que constata ausencia de respuestas motoras y una disminución en la amplitud de las respuestas sensitivas, compatible con polineuropatía axonal motora y sensitiva(AMSAN) de intensidad severa, sin denervación. Durante su estancia en UCI precisó tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas y plasmáferesis por escasa respuesta a Igs, con destete de ventilación mecánica de 3 meses.

Conclusiones:

El Síndrome de Guillain-Barré es uno de los síndromes de parálisis flácida en el adulto, habiendo sido descritos diferentes subtipos, predominando la poliradiculoneuropatía inflamatoria desmielinizante aguda (AIDP) en un 90% de los casos, seguida de la neuropatía motora y sensitiva (AMSAN). Ante un paciente con sospecha de debilidad muscular debemos realizar una cuidadosa historia clínica haciendo hincapié en investigar tóxicos, fármacos, enfermedades y forma de aparición en el tiempo de los síntomas. La exploración física es el pilar fundamental para realizar el diagnóstico, explorando fuerza, sensibilidad, tono y reflejos osteotendinosos. Debemos apoyarnos en las pruebas de laboratorio que deben incluir hemograma, función hepática, VSG, orina, glucemia, proteinograma y anticuerpos(ANA). La electromiografía y los estudios de conducción nerviosa son los estudios complementarios a realizar en el eslabón hospitalario.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-857

LUMBALGIA DE DIFÍCIL CONTROL

E Culpían Arias, M Guzmán Ruiz, MA López García, N Fernández de Cañete Ramírez, CF Cara Ligero, ID García-Baquero Martín, CS Rodríguez Ortega

Hospital San Agustín. Linares, Jaén

Palabras Clave: lumbalgia, disección aórtica, masa renal

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

E.A.: varón de 60 años que acude al servicio de urgencias por cuadro de lumbalgia más intensa de lo habitual (5 años antes presentó cuadro neurológico relacionado con la ingesta de alcohol que requirió ingreso hospitalario, diagnosticado de Encefalopatía de Wernicke Korsakoff quedando posteriormente con lumbalgias de repetición tras varios meses de encamamiento) con irradiación a zona interescapular acompañada de sensación disneica (saturación de O₂ superior al 95%) y cifras elevadas de tensión arterial. E.F.: Glasgow 15. ACR: normal Abdomen: normal Exploración columna lumbar: normal. Pruebas Complementarias. Analítica dentro de los parámetros normales. Rx de tórax: mínimo ensanchamiento mediastínico superior. Atención: mejoría clínica significativa tras administrar perfusión de nitroglicerina coincidiendo con disminución de cifras tensionales. Solicitamos Angio-TAC: Disección de trombo mural en aorta torácica descendente. Lesión focal renal izquierda de aspecto sólido. Tras coordinación con UCI de nuestro hospital y UCI del HURS se realiza traslado del paciente por O61 en helicóptero. CIRUGÍA CARDIOVASCULAR: se coloca endoprótesis torácica (Valiant Thoracic). Tras 15 días de hospitalización (dos en UCI y trece en Cirugía Cardiovascular) se procede a alta con tratamiento antihipertensivo y cita para revisión. EVOLUCIÓN: Revisión en Cirugía Cardiovascular. El paciente acude asintomático y con cifras tensionales controladas. JUICIO CLÍNICO: Disección aórtica tipo B. TRATAMIENTO: candesartan 16mg, furosemida 40 mg, omerpazol 20mg, doxazosina 4mg, clopidogrel 75, amlodipino 5mg y lorazepam 1mg. PLAN DE ACTUACIÓN: se inicia estudio de masa renal izquierda por el servicio de urología de nuestro hospital. En TAC abdominal: adenopatías retroperitoneales sugerentes de neoplasia. Nódulo renal izquierdo que sugiere neoplasia En BAG ingle derecha guiada por Ecografía: pendiente de anatomía patológica. Todavía no hay resultados concluyentes porque el paciente continúa en estudio, pero se sospecha neoplasia de origen renal

Conclusiones:

Disección aórtica hace referencia a un desgarro de la capa íntima de la aorta que origina que la sangre que circula por su interior diseca la capa íntima de la media formándose una falsa luz. Clínica: dolor torácico y cortejo vegetativo acompañado de otros síntomas variados. El tratamiento debe instaurarse lo más rápido posible, por tanto, ante alta sospecha hay que realizar las pruebas correspondientes. Según el tipo se optará por cirugía abierta o endoprótesis. El retraso en el diagnóstico supone una mortalidad muy elevada.

A-858

¡QUÉ MAREO!

L Blázquez González, CM Cano Bernal, Y Reverte Pagán, MC Quesada Martínez, B Sánchez García, JI Giménez, MA Muñoz Tomás

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

Palabras Clave: vertigo, infarction, lateral medullary syndrome

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 59 años con antecedentes de obesidad, hipertensión y cardiopatía isquémica estable (en 2014) en tratamiento con ácido acetilsalicílico, bisoprolol 5 mg y Telmisartán 80 mg. Consulta por mareo con giro de objetos que empeora con los movimientos cefálicos y con los cambios posturales que comenzó de forma brusca el día anterior por lo que fue prescrito tratamiento con Dogmatil. Vuelve a acudir por persistencia de los síntomas con incapacidad para la bipedestación y desequilibrio. La exploración física general y las constantes eran normales. Exploración neurológica: Consciente y orientada, pupilas isocóricas normorreactivas, nistagmo horizontal en posición primaria de la mirada que aumenta en la mirada a la izquierda, hipoalgesia facial derecha e hipoalgesia en extremidades izquierdas. Paresia del hemivelo del paladar derecho, resto de pares craneales normales. No alteración de la fuerza. Bipedestación y marcha imposibles por caída a la derecha. Disimetría en prueba dedo-nariz derecha. Pruebas complementarias en urgencias normales. Dada la alta sospecha de patología neurológica, se decidió ingreso para completar el estudio con una resonancia magnética (RM) cerebral tanto en difusión como convencional. En ella se confirma infarto agudo en región lateral derecha del bulbo e infarto subagudo en el territorio de arteria cerebelosa posteroinferior (PICA) derecha.

Conclusiones:

El síndrome vertiginoso es un motivo de consulta muy frecuente en el servicio de urgencias. Normalmente se trata de una patología de origen periférico, pero debemos tener en cuenta que la causa puede ser central. Una correcta exploración neurológica nos puede ayudar a diferenciarlo y la debemos realizar en todos los pacientes que consultan por este motivo, puesto que puede haber, como en este caso, síntomas y signos indirectos que nos indiquen que el vértigo se debe a patología del sistema nervioso central.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-859

DISCUSIONES Y DOLOR TORÁCICO VERSUS ANSIEDAD

I León Arévalo (1), L Carbajo Martín (2), T Aragón Aragón (3)

(1) H.A.R. Morón de la Frontera, (2) H.A.R. Utrera, (3) H.A.R. Écija

Palabras Clave: chest pain, acute coronary syndrome, electrocardiography

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente varón de 70 años con antecedentes de síndrome coronario agudo sin elevación del ST asociado a angioplastia, bloqueo AV de 3er grado en 2011 que rechazó marcapasos e hiperuricemia. No hábitos tóxicos. Acude trasladado por dispositivo de cuidados críticos y urgencias por dolor torácico opresivo desde hace 30 minutos en el contexto de una discusión familiar tomándose cafinitrina sublingual en domicilio, presentando en electrocardiograma de la ambulancia una elevación del segmento ST en V2-V3 e infradesnivelación en III y aVF. A su llegada al Hospital el paciente se encuentra normotenso con cifras de glucemia capilar y FC dentro de los parámetros normales con Sat 91%. EKG sin variación eléctrica por lo que se comenta con unidad de hemodinámica para traslado a Hospital de referencia con diagnóstico de SCACEST administrándole para el traslado AAS 300 mg vía oral, Prasugrel 60 mg vía oral y heparina sódica 3000 unidades intravenosa.

Conclusiones:

Debemos destacar la importancia de valorar el tiempo de traslado del paciente desde que le sucede el evento hasta su llegada al centro donde se le realizará el cateterismo, así como la importancia de la comunicación entre centros hospitalarios determinando así si fuese imposible la realización del mismo, la posibilidad de fibrinólisis extrahospitalaria teniendo en cuenta los factores de riesgo y los antecedentes de cada paciente.

A-860

DE MASA ABDOMINAL A TAPONAMIENTO PERICÁRDICO

P Blanco Lapeña (1), C Fernández Barreras (1), V Álvarez Fernández (1), S García Santisteban (1), U Blanco Fuentes (2), A Sisoeva Silina (1)

(1) Hospital Universitario de Álava, (2) Emergentziak Osakidetza. Álava

Palabras Clave: cardiac tamponade, shock, pericardial effusion

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

ANTECEDENTES: No alergias. HTA. Depresión. Parkinson. Ictus de repetición. Tratamiento: Enalapril, Tenazepam. No deterioro cognitivo, necesita ayuda para ABVD. HISTORIA ACTUAL: Mujer de 86 años, trasladada en SVB por síncope con pérdida de conocimiento y TCE con contusión facial, de pocos segundos de duración, que recupera por completo. EXPLORACIÓN FÍSICA: Mal estado general. Consciente, GCS 15. No focalidad neurológica. Pálida, taquipnéica. Traumatismo facial. Afebril. TA:70/45mmHg. FC75lpm. SatO2 100%(aa). AC: rítmica sin soplos. AP: MVC. Abdomen: globuloso, doloroso de forma difusa, sin irritación peritoneal. Masa no pulsátil en hemiabdomen derecho. EEII: no edemas. No palpo pulsos pedios. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: ECG: sinusal. Sin alteraciones de la repolarización. Analítica de sangre: Glucosa 303, Creatinina 1.2, GOT71, GPT49, iones normales, PCR6. Hb 14.3, Plaquetas 344000, Leucocitos 14300, Neutrofilos 66.7%. Coagulación normal. TAC-Craneal: Cambios degenerativos e isquémicos crónicos. TAC-toracoabdominal: Derrame pericárdico y mediastínico, de alta densidad, posible hemopericardio, con signos radiológicos de insuficiencia cardíaca. Valorar clínicamente taponamiento cardíaco. Dilatación aneurismática de aorta ascendente (calibre 49 mm), no se evidencia extravasación que sugiera sangrado activo, signos de disección aórtica o úlcera penetrante. EVOLUCIÓN: Presenta inestabilidad hemodinámica y respiratoria en Urgencias. Dados los resultados de TAC, ingresa en UCI para pericardiocentesis, extrayéndose 60 ml de contenido hemático mejorando TA, estabilidad hemodinámica y diuresis. Posteriormente, la paciente presenta PCR con disociación electromecánica iniciándose RCP avanzada y drenaje pericárdico extrayéndose 100ml durante la RCP. Tras 20 minutos de RCP persiste disociación. Éxitus. DIAGNÓSTICO: Taponamiento cardíaco de etiología no filiada. PCR. Exitus.

Conclusiones:

Hemopericardio se observa por traumatismos, rotura cardíaca tras infartos, rotura de coronarias, disección aórtica o tras cirugía valvular. La clínica depende de velocidad de instauración. Si es rápido puede haber clínica con 100-200 ml. El diagnóstico es clínico. El taponamiento, causa tratable de shock, puede matar rápidamente y debe formar parte del diagnóstico diferencial de shock y disociación electromecánica. Se sospecha por distensión venosa yugular (no siempre presente si la instauración es muy rápida), taquicardia sinusal, hipotensión, pulso paradójico, ruidos cardíacos apagados... Puede presen-



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

tar disnea, ortopnea, dolor torácico, insuficiencia cardíaca izquierda (edemas, dolor abdominal con anomalías de enzimas hepáticas por congestión). El ECG puede presentar voltaje bajo y alternancia eléctrica. En la radiografía de tórax se observa silueta cardíaca dilatada y redondeada. El ecocardiograma, prueba diagnóstica clave, permite apreciar derrames, cuantía y consecuencias hemodinámicas.

A-861

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

**M Villegas Pablos, C Fernández Alcalá, A Perea Fernández,
JE Cobo Muñoz**

Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras Clave: hemorragia subaracnoidea, arteriografía, aneurisma

Historia clínica:

Varón de 53 años, con antecedentes personales de diabetes mellitus en tratamiento con antidiabético orales e insulina, e hipertensión arterial, sin precisar tratamiento prescrito excepto AAS, consulta en el servicio de Urgencias, por cefalea súbita e intensa, que cede inicialmente con analgésicos, pero que posteriormente se reagudiza, asociándose de vómitos, temblor, y tendencia al sueño, y aunque mantiene nivel de conciencia precisa ingreso en Área de Observación, y solicita TAC craneal con contraste que informa de imágenes compatibles con hemorragia subaracnoidea y hemorragia intraventricular, con sospecha de aneurisma en territorio de la arteria comunicante anterior, por lo que se inicia tratamiento médico que incluye analgésicos, antieméticos, perfusión de Nimodipino (10 cc/h) y profilaxis anticomicial con Levetiracetam (500 mg/12 h), previo a la realización de arteriografía, embolizándose con éxito el aneurisma, con evolución clínica posterior favorable, confirmado en imágenes de TAC craneal de control.

Conclusiones:

La hemorragia subaracnoidea es el ictus que cualitativamente presenta una mayor morbimortalidad. Uno de los problemas fundamentales que se observan en este proceso patológico es el retraso en su diagnóstico. El TAC es el primer escalón diagnóstico, especialmente cuando se realiza en las primeras 24 horas. La arteriografía constituye la prueba diagnóstica de elección. El tratamiento endovascular es el más recomendable. El tratamiento médico está enfocado a tratar la sintomatología del paciente y a anticiparse a la aparición de posibles complicaciones.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-862

POLITRAUMATISMO EN UN ESPELEÓLOGO

J Clar Bononad (1), I Marco Moreno (1), M Bóveda García (1),
P Navarro González (2), P Roca Navarro (1)

(1) Hospital Clínico Universitario de Valencia, (2) Hospital San
Francesc de Borja. Valencia

Palabras Clave: hemotórax, emergencias complejas, fracturas de
costillas

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Varón de 32 años que mientras realizaba espeleología, se precipita desde 5 metros de altura y queda atrapado e inmovilizado a 30 metros de profundidad en una gruta de un paraje montañoso, sin posibilidad de salir por sus medios. Tras el aviso al servicio de emergencias se inicia el desarrollo de la evacuación, permitiendo la llegada hasta el paciente, 5 horas después, de un médico y un bombero que descendieron por la cueva para estabilizarlo y colocarlo en la camilla en la que fue extraído y elevado con la ayuda de una grúa de helicóptero hasta una ambulancia que esperaba para ser trasladado. Exploración física al inicio: Consciente y orientado, moviliza 4 extremidades. Se observa fractura abierta-luxación extremidad distal superior derecha y crepitación subcutánea a la palpación de hemitórax derecho. Paciente con estabilidad hemodinámica y respiratoria y eupnéico, por lo que se administra una ampolla de fentanilo y morfina. Ya en hospital: Glasgow 15, pulsos periféricos palpables, tensión arterial 140/85, saturación oxígeno 96-97% (gafas nasales: 3L), estable. Auscultación rítmica sin soplos, murmullo vesicular disminuido en hemitórax derecho. Exploraciones complementarias: TAC y radiografías: Revelan signos de gran traumatismo en hemicuerpo derecho con la evidencia de fractura-luxación conminuta en mano derecha y fractura anterior y posterior de costillas 2º-9º. Como consecuencia: hemo-neumotórax anterior de 4cm de espesor, enfisema subcutáneo y contusión pulmonar en lóbulo inferior derecho, sin volet costal. Ecografía pulmonar: derrame pleural base derecha (700cc) con atelectasia pulmonar adyacente. Ecocardiografía: buena función ventrículo izquierdo. Analítica: leucocitosis neutrofílica, rhabdmiolisis (2800U/L Creatinina). Sondaje vesical: orina clara. Plan terapéutico: Dado el intenso dolor en mano derecha, se pauta metamizol, dolantina, bolos de tramadol y cloruro mórfico. Se implanta fijador externo y férula pendiente de quirófano. En radiografías posteriores se observa reexpansión pulmonar. Se coloca tubo de drenaje hemático (trocar nº14), drena 800cc de líquido hemático.

Conclusiones:

La coordinación y rapidez de especialistas en emergencias es vital para la atención de pacientes de acceso difícil. Pese a la aparente estabilidad externa, el manejo cuidadoso del paciente es esencial en traumatismos de alta energía dada las posibles lesiones internas acompañantes.

A-864

INESTABILIDAD EN PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO

P González Jiménez (1), E Rodríguez Conesa (1),
AI Bellido Salvatier (1), E Díaz Caro (2), F González Sánchez (3),
MM Gil Mellado (3)

(1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria, (2) Centro de Salud
Tiro Pichón, (3) Centro de Salud Torrox. Málaga

Palabras Clave: dolor torácico, inestabilidad, cardioversión
eléctrica

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

AP: No alergias medicamentosas conocidas. HTA. DL. DM. Cardiopatía isquémica revascularizada. FA persistente anticoagulada con Sintrom. Nefrectomía con insuficiencia renal crónica. DAI-TRC y Mitra-Clip. E.A. Varón de 75 años que contacta con el servicio de emergencia por presentar sobre las 6-7h de la madrugada dolor centrotorácico tras ir al baño acompañado de mareo y cuadro sincopal posterior. Tras recuperarse del síncope, persiste dolor llegando a tomar hasta 12 comprimidos de nitroglicerina sublingual. A la llegada del 061 a domicilio, el paciente se encuentra sudoroso, con importante dolor torácico, TA 90/55, FC 140 lpm, saturación basal de 88% y muy inquieto. Se realiza monitorización que recoge taquicardia ventricular a 145 lpm procediendo a realizarse cardioversión eléctrica previa administración de etomidato y fentanilo. Tras realización de la técnica presenta un ECG con ritmo de marcapasos con estimulación aurículo-ventricular. Se deriva al hospital de referencia, sedado, presentando FC 60lpm, TA de 114/64 y saturación del 98% con reservorio al 100%. Edemas en miembros inferiores bimaletales. Resto de exploración sin datos a destacar. PPCC. AS: destaca hb 10 (microcítica-hipocrómica), creatinina 2.34 (similar a previas) Troponina y CKMMB en elevadas con pico de CKMMB en 63.27, NTproBNP 1774. Rx tórax: cardiomegalia. Sutura de esternotomía media. Dispositivo de estimulación biventricular con cable auricular. Signos de redistribución vascular. ECG (tras cardioversión eléctrica): Ritmo marcapasos con morfología BCRIHH a 60lpm. JC: SCASEST. AIM no Q en el contexto de taquiarritmia revertida con cardioversión eléctrica. Evolución: paciente estabilizado en Área de Observación de Camas cursándose ingreso a cargo de Cardiología para seguimiento y estudio.

Conclusiones:

Ante un paciente con la sintomatología descrita e inestabilidad, la primera opción es la cardioversión eléctrica. En caso que el paciente sea atendido por urgencias extrahospitalarias, este deberá ser remitido al hospital de referencia para observación y ver evolución.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-865

DOLOR EN FOSA RENAL Y HEMATURIA, ¿CÓLICO?

B García Marina, R Pacheco Puig, R Parada López, L Cano Alcaide, C Hidalgo Collazos, J del Cañizo Canto, R Gómez Guerra

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

Palabras Clave: hematuria, dolor, neoplasias de la vejiga urinaria

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN. El cólico renoureteral como entidad es un motivo de consulta muy frecuente en los servicios de urgencias, hay que tener en cuenta los criterios que determinan posibles complicaciones y que son indicación de ampliar estudio con pruebas complementarias. **CASO CLÍNICO** Varón de 59 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por cuadro de 7 días de evolución de dolor en fosa renal derecha y en el día de hoy hematuria macroscópica, afebril. Exploración física: TA: 138/74 FC: 114 SA Tra: 36.4° resto anodino. Se pauta analgesia de primer escalón y se solicita hemograma bioquímica y coagulación En analítica HEMOGRAMA. Leucocitos 27.900/mcL (N 24.100/mcL, L 1.500 /µL, M 1.500 /µL), pH 7.24 BIOQUÍMICA Urea 146 mg/dl, Creatinina 7.14 mg/dl, Proteína c reactiva 232.4 mg/L ORINA Nitritos POSITIVO, Leucocitos 125 cel/µL Hematíes 200.00 cel/µL EFaNa 4.7675% Con sospecha inicial de sepsis urinaria grave se inicia sueroterapia intensiva se inicia antibioterapia y se solicita prueba de imagen con los siguientes hallazgos: Múltiples nódulos intraperitoneales compatibles con carcinomatosis peritoneal. Probable engrosamiento irregular de la pared de un segmento corto del ciego. A descartar neoplasia de colon. Masa pélvica que engloba a la vejiga que condiciona moderada uropatía obstructiva bilateral. Adenopatías retroperitoneales, en cadena ilíaca común y en cadena ilíaca externa derechas de tamaño significativo. Infiltrado pulmonar en el LM Se realiza de manera urgente nefrostomía cutánea bilateral y se observa por Endoscopia neoformación intravesical de aspecto primario vesical.

Conclusiones:

Al encontrarnos con una clínica compatible con un cuadro de cólico renoureteral derecho de una semana de evolución debemos solicitar un analítica básica para evaluar datos de infección y función renal, ya que la larga evolución de los síntomas representa un criterio de gravedad. En este caso la clínica de larga evolución tiene detrás un proceso que poco tiene que ver con la sospecha inicial pero al que llegamos tras ver el importante deterioro de función renal que presentaba el paciente.

A-866

UNA CAUSA INFRECIENTE DE DOLOR TORÁCICO

CS López Seijas, H Villena García del Real, C Seijas Rodríguez, B Martínez Barreira, C Varela Donoso

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña

Palabras Clave: arteria subclavia, tomografía computerizada, aneurisma

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón, 70 años, hipertenso a tratamiento que refiere cuadro dos horas de evolución de dolor retroesternal intenso y lancinante, irradiado a región interescapular y a brazo derecho de aparición brusca mientras caminaba, acompañando de sudoración profusa. Exploración física y pruebas complementarias: TA 140/75 mmHg. Exploración física: crepitantes finos base derecha, resto sin hallazgos. Analítica sangre y ECG sin hallazgos RX tórax: Ensanchamiento mediastínico superior derecho. Signos radiológicos de derrame pleural derecho. TC aorta: Aneurisma del tronco braquiocefálico de 6,4 X 6,8 cm de diámetro, trombo mural de 9 mm de grosor. No extravasación de contraste. Colección medistática hiperdensa perianeurismática que se extiende hacia mediastino anterior, mediastino posterior y espacio pleural Diagnóstico: rotura de aneurisma arteria subclavia derecha, hematoma mediastínico, derrame pleural derecho. Diagnóstico diferencial: bocio, adenoma paratiroideo, timoma, linfoma, quiste broncogénico y carcinoma. Evolución: Se realiza intervención quirúrgica urgente: Implante de endoprótesis en arteria subclavia derecha y colocación de tubo torácico para drenaje de derrame pleural derecho.

Conclusiones:

Los aneurismas de la arteria subclavia son poco frecuentes (1-2% de los aneurismas periféricos). Las causas más comunes se relacionan con aterosclerosis y traumatismos y, en menor frecuencia, con necrosis quística de la media, infecciones locales, administración de medicamentos vía intravenosa y enfermedades del colágeno. Pueden pasar inadvertidos durante años, siendo diagnosticados por la aparición de una masa mediastínica superior en una Rx tórax de forma incidental, o pueden ser sintomáticos llegando a producir disnea, disfagia o hemoptisis por ruptura dentro del parénquima pulmonar). El examen físico suele ser normal, por lo que es útil realizar de tórax. El método más eficaz para su diagnóstico es el TAC torácico con contraste. Deberán ser considerados en el diagnóstico diferencial de los pacientes con dolor torácico, antecedente de traumatismo torácico y riesgo de aterosclerosis, aún sin datos significativos en la exploración física así como en aquellos pacientes con masas mediastínicas superiores en Rx de tórax. La rotura aneurismática representa una emergencia vital ya que se asocia a una elevada mortalidad. El tratamiento consiste en resección del aneurisma o la colocación de endoprótesis vasculares.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-867

PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN UN LUGAR AFORTUNADO

J Clar Bononad, I Marco Moreno, M Bóveda García,
P Roca Navarro

Hospital Clínico Universitario de Valencia

Palabras Clave: paro cardíaco, fibrilación ventricular, resucitación cardiopulmonar

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 78 años, acompañante de paciente ingresada en planta de Medicina Interna donde presenta un cuadro de mareo tipo inestabilidad con síncope posterior, no precedido de dolor torácico ni palpitations, tras el que entra en parada cardiorrespiratoria. Se inicia Reanimación-Cardiopulmonar por médico de guardia, en la habitación. Tras 3 minutos de RCP y ventilación ambú se encuentra pulso carotídeo. Saturación oxígeno 92%, comienza a obedecer órdenes, sin monitorización. Durante traslado a camilla: desconexión del medio, desviación de mirada hacia la izquierda y pérdida de pulsos. Con monitorización cardíaca se objetiva fibrilación ventricular. Se procede a desfibrilación eléctrica con 200J en 5 ocasiones, pasando a ritmo sinusal. Se pauta amiodarona 300mg iv y Bicarbonato 1/6M. Gasometría arterial pH 7,0. Electrocardiograma: ritmo sinusal 85lpm, presencia de onda Q y ascenso ST 2mm en DIII, aVF, descenso ST 2mm en I, aVL, V2-V6 y alargamiento de QT (éste último debido a tratamiento habitual con alfuzosina). Se activa alerta hemodinámica y se realiza coronariografía urgente: enfermedad de 3 vasos. Arteria descendente anterior lesión 70%, arteria circunfleja lesión 60% y oclusión crónica de arteria coronaria derecha, sin lesiones agudas. Se aplica perfusión de amiodarona. Posteriormente estabilidad hemodinámica. Alfuzosina se sustituye por doxazosina. Analítica: destaca máximo de Troponinas-US de 80pg/ml. Buena evolución tras ingreso en UCI. Posteriormente extrasístoles ventriculares monomorfas frecuentes. Radiografía torax: ligera cardiomegalia izquierda y elongación aórtica. Ecocardiografía: dilatación ventrículo izquierdo, acinesia inferoseptal, FEVI 40% y dilatación auricular. RMN cardíaca corrobora hallazgos y observa necrosis miocárdica transmural inferoseptal por infarto antiguo. Diagnóstico definitivo: Parada Cardiorrespiratoria recuperada por fibrilación ventricular secundaria a necrosis transmural cardíaca antigua inferoseptal. Se procede a la implantación de Dispositivo-Automático-Implantable.

Conclusiones:

La coordinación y premura terapéutica es vital en la atención de la parada cardiorrespiratoria, aumentando así la supervivencia del paciente. La monitorización cardíaca resulta esencial para el seguimiento activo ante la sospecha de ritmos desfibrilables. Las cicatrices causadas por infartos antiguos son capaces de provocar situaciones de riesgo vital, especialmente en situaciones de estrés emocional.

A-868

SÍNDROME AÓRTICO AGUDO

JL Martínez Fernández, ML Abolafia Montes, A Perea Fernández,
M Villegas Pablos

Hospital Médico Quirúrgico de Jaén

Palabras Clave: aorta, trombosis, úlcera

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 77 años con antecedentes de HTA, DMNID, FA, ACVA y HDA que es remitido a Urgencias por dolor interescapular lancinante intenso de 2 horas de evolución estando previamente en reposo acompañado de malestar general, sudoración profusa y cifras elevadas de TA (200/100). No presenta fiebre ni otra sintomatología. A la exploración se encuentra consciente con malestar general, sudoración profusa, taquipneico y sensación de muerte inminente. No rigidez de nuca. Auscultación cardíaca: Tonos rítmicos y soplo sistólico. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreñadidos. Abdomen blando depresible no doloroso sin masas ni megalias, no defensa, no soplos. MM.II: No edemas, no signos de TVP. Pulsos pedios conservados. Ante la sospecha de síndrome aórtico agudo se decide realización de AngioTC torácico urgente y tratamiento antihipertensivo con 4 cc de labetalol consiguiendo disminución de cifras de TA. Resultado de AngioTC: Trombosis intraparietal de aorta descendente y úlcera penetrante a la altura de arterias pulmonares con salida de contraste en fase arterial.

Conclusiones:

Ante una dorsalgia intensa de carácter agudo se debería realizar un diagnóstico diferencial con diversas patologías como: Síndrome coronario agudo. Tromboembolismo pulmonar. Neumonía. Dorsalgia. Ante un cuadro de dolor lacerante intenso es importante sospechar la posibilidad de síndrome aórtico agudo puesto que un diagnóstico temprano es fundamental para obtener un mejor pronóstico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-869

CUANDO UN SEGMENTO ST SE MANTIENE ELEVADO

**S Rivas Menéndez, S Francesena González, P Agüera Fernández,
D Fernández Gonzalo, FJ Martínez Rodríguez,
MJ Turcios de Mendoza**

Hospital Valle del Nalón. Oviedo, Asturias

Palabras Clave: ECG, patología, troponina

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

AP varón de 54 años, exfumador de 20 cigarrillos/día, exbebedor, sin dislipemia ni diabetes. SCACEST IAM anterior en 2013 con PCR y persistencia de elevación del segmento ST en electrocardiogramas posteriores. Enfermedad de un vaso, DA, no revascularizable. Intervenido de carcinoma papilar renal izquierdo tipo II en 2014. EA Dolor torácico de una hora de evolución mientras se encontraba en reposo que se irradia a brazo izquierdo, cuadro vegetativo y disnea. ECG con elevación de segmento ST (ya presente en ECG previos), se comenta el caso con el centro coordinador y hospital de referencia y se desestima código corazón. EF: TA 160/105, FC 77, SatO2 99% con oxígeno a dos litros. RsCsRs, auscultación pulmonar y abdomen normal, no edemas en extremidades. PC: Bioquímica con troponina I seriada máxima de 4,33. Evolución: Inicialmente dados los antecedentes y que no hay cambios significativos en el ECG no se realiza cateterismo urgente pero dada la evolución con elevación enzimática y persistencia de la clínica, se deriva observándose la misma enfermedad conocida de un vaso con oclusión crónica de la arteria descendente anterior y lecho vascular afectado por lo que recomiendan tratamiento médico.

Conclusiones:

Recalcar la importancia de una correcta anamnesis tanto para orientar la clínica hacia un posible diagnóstico, como para conocer la patología previa. Ante un ECG patológico comparar con ECG previos del propio paciente para comprobar si dicha patología ya estaba presente y esta estudiada. Por último ante la duda de un posible código corazón alertar al centro coordinador y centro de referencia, puesto que el tiempo de evolución es sumamente importante en caso de necesitar terapia de revascularización.

A-870

GANGRENA DE FOURNIER, A PROPÓSITO DE UN CASO

**E Alcántara Álvarez, B García Fontenla, L Basagoiti Salazar,
F Fuentes Diego**

Clínica IMQ Zorrotzaurre. Bilbao

Palabras Clave: quiste sacro, gangrena de Fournier, infección

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Varón de 40 años intervenido de quiste sacro que acude por fiebre resistente a tratamiento y alteración muy llamativa en los controles analíticos de reactantes de fase aguda. Ante la mala evolución se realiza TAC abdominopélvico con impresión diagnóstica de gangrena de Fournier.

Conclusiones:

A pesar de una correcta valoración visual de una herida quirúrgica, ante un cuadro de malestar general y patrones analíticos alterados sería necesario completar el estudio con pruebas complementarias que a priori no están indicadas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-871

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO. SECUNDARISMO FARMACOLÓGICO

I Simón Prado, C Oliva Moreno, F Téllez Joya

Urgencias del Hospital Punta de Europa. Algeciras, Cádiz

Palabras Clave: syndrome acute confusional, patients, drug medicine

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

MOTIVOS DE CONSULTA. Trastorno alucinatorio y delirante agudo. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Exfumadora 5c/d. Síndrome ansioso depresivo. Ca epidermoide de cérvix estadio IVB en tratamiento con RT actual, previamente QT y RT. Infarto venoso frontal Derecho +transformación hemorrágica por trombosis incompleta del seno longitudinal superior. Epilepsia sintomática con crisis focales motoras de hemisferio izquierdo secundariamente generalizada. En tratamiento con: Depakine 500 mg cada 8h Keppra 1000 mg cada 12 h Hidrocloruro de hidromorfona hace 6 días mandado por su oncólogo. Acude a urgencias por trastorno de conducta progresivo con agitación psicomotriz, agresividad, alucinosis y trastorno delirante. Hace 2 días sufre crisis comicial en domicilio. Estando en urgencias persiste ideación delirante, alucinaciones visuales, desorientación Temporoespacial y agitación psicomotriz con fluctuaciones. Reconoce a familiares, amistades y neuróloga. Presenta febrícula y se transfunden 2 concentrados de hematíes por Hb 7,6 g/dl. Precisa haloperidol y midazolam para control sintomático. EXPLORACIÓN FÍSICA: Sat O2 96% FC: 75lpm TA 145/64 T° 37°C glucemia: 98mg/dl. Regular estado general, Bien hidratada y perfundida. Buen nivel de conciencia, palidez mucocutánea. No signos meníngeos ni adenopatías palpables periféricas. Déficit intencional y agitación psicomotriz. Lenguaje normal con disartria leve y discurso delirante. PINRLA, no alteraciones campimétricas. Resto pares craneales normales. Sistema motor normal. REM vivos en hemisferio izquierdo. Babinsky izq. Temblor distal postural en manos (farmacológico). Resto no valorable. AC: rítmico sin soplos ni extratonos. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible sin masas ni megalias. Se solicita hemograma, bioquímica, coagulación, sistemático de orina con triage a tóxicos, ECG y radiografía de tórax: normales. Juicio clínico: Síndrome confusional agudo tras administración de hidrocloruro de hidromorfona. Diagnóstico diferenciales: NEUROLÓGICOS: Infecciones: meningoencefalitis, abscesos múltiples. Tumores HSA, H. Subdural... Trauma Epilepsia Causas psiquiátricas. SISTÉMICO: Infecciones, intoxicaciones, encefalopatía metabólica, hipo-hiperactividad hormonal, enfermedades hematológicas, deficiencia vitamínica, deshidratación, golpes de calor... Interconsulta con Medicina Interna y con Neurología. TAC craneal: Hipodensidad frontal D corticosubcortical que no presenta realce tras el contraste y que es sugestivo de lesión residual por infarto previo. Tras el contraste no existen captaciones anómalas sugerentes de metástasis. RMN encefálica: Evolución favorable del hematoma lobar,

sin resolución completa. EEG de vigilia: discreta desincronización de la actividad cerebral de posible origen farmacológico, sin anomalías paroxísticas epileptiformes. Estudio del LCR: Citoquímica: aspecto claro, no hematíes ni leucocitos, prots normales, glucosa: 32mg/dl. ADA normal. BOC, SEROLOGÍA, CITOLOGÍA Y CULTIVOS: pendientes. Evolución favorable tras la retirada de hidrocloruro de hidromorfona.

Conclusiones:

Trabajo en equipo multidisciplinar y tener en cuenta siempre los secundarismos farmacológicos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-873

DOLOR TORÁCICO ATÍPICO, A VECES HAY SORPRESAS

**M Tejón Ruiz (1), MC Mateos Madrid (1), C González Pozo (1),
V Piña Martín (2), MR Durán Chiappero (3), EN Gallego Castillo (4)**

(1) Hospital General Básico de Antequera, (2) Hospital
Torrecárdenas, (3) Centro de Salud Vélez-Málaga,
(4) Centro de Salud Coin. Málaga

Palabras Clave: dolor torácico, diagnóstico, timoma

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Paciente

Conclusiones:

No se debe infravalorar el dolor torácico atípico

P-902

CERVICALGIA Y SÍNDROME CONSTITUCIONAL EN PACIENTE DE 30 AÑOS

**L Carabias Centeno, MC Nogales Nieves, M Yus López,
A Lorenzo Almoros, C Quispe Martínez**

Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Palabras Clave: cervical, anorexia, tuberculosis

Historia clínica:

Introducción: Dada la frecuencia con la que recibimos en urgencias pacientes de distintos lugares del mundo, con síntomas tan habituales como un dolor cervical, realizamos diagnóstico diferencial con las posibles patologías subyacentes a este síntoma. **Objetivo:** Describir un caso clínico por ser representativo por infrecuente y que implica incluir un diagnóstico diferencial a raíz de un síntoma guía frecuente en las Urgencias como es el dolor cervical. **Metodología:** Varón de 31 años, natural de Senegal y residente en España desde 2004, sin viajes a su país, que consulta en Urgencias por dolor cervical de 2 semanas de evolución, sin traumatismo, constante, irradiado a escapula derecha, con parestesias en ESD. Asocia cuadro constitucional, astenia, anorexia y pérdida de unos 10 kilogramos. Afebril, sin clínica respiratoria, miccional ni abdominal. A la exploración, tortícolis cervical, secundaria a posición antiálgica. Apofisalgia C5-C7, extendiéndose el dolor en brazo derecho hasta las yemas de los dedos. Fuerza y sensibilidad conservada. Reflejos patelares hipoactivos bilaterales, en extremidades superiores: conservados. Babinski indiferente bilateral. Sin alteración en la marcha. Niega incontinencia urinaria/fecal. Rx cervical: alteración de la morfología de cuerpos vertebrales de C5-C6 Rx de tórax: Lesión en LSD. Analítica: Hb 11.4, sin leucocitosis, HCM 25.3, ck 67, PCR 4.7 RMN: Hallazgos compatibles con tuberculosis vertebral C5-T3, sin signos de mielopatía compresiva. Lesiones pulmonares de probable etiología TBC. Broncoscopia y baciloscopia de esputo: negativos Quantiferon POSITIVO Mantoux 7 mm Serologías negativas. Resultados: El paciente ingresó en infecciosas por sospecha de TBC y Mal de Pott sin compromiso medular agudo, por lo que se descartó cirugía descompresiva. Inició RIMSTAR 5 durante dos meses (posteriormente RIFINAH 7 meses) con evolución favorable, en seguimiento por infecciosas y neurocirugía.

Conclusiones:

Conclusiones: El Mal de Pott constituye la localización más frecuente (50%) de la infección tuberculosa del aparato locomotor. El dolor suele estar presente frecuentemente, mecánico, radiculalgias, contracturas musculares, actitudes viciosas (tortícolis) Se debe incluir en el diagnóstico diferencial de cervicalgia el Mal de Pott, considerándose como factores de riesgo del paciente los datos de antecedentes, edad, toxicománias, origen geográfico, inmunodeficiencia y clínica compatible.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-920

DOLOR LUMBAR IRRADIADO A EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA

M Vieitez Santiago, A Aldama Martín, A Asturias Saiz,
P Hernández Martínez, A Aranguren Arostegi, AJ Bueno Álvarez,
P Garmilla Ezquerro

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras Clave: trombosis venosa profunda, hipoplasia sistema venoso, factor de riesgo

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: La trombosis venosa profunda (TVP) es la tercera enfermedad cardiovascular más frecuente tras el síndrome coronario agudo e ictus. En la mayoría de los casos va asociada a factores de riesgo, pero en ocasiones, nos encontramos casos que difieren de lo habitual. **OBJETIVO:** Evaluar factores de riesgo en una patología frecuente. **CASO CLÍNICO:** Varón de 43 años con antecedentes personales de HTA y úlcus gástrico, que estando previamente asintomático, se despierta la mañana que acude a Urgencias con dolor lumbar irradiado a extremidad inferior derecha asociado a coloración violácea de la misma. Niega encamamiento y traumatismos previos. En exploración física destaca un aumento del perímetro de toda la extremidad inferior derecha hasta raíz de muslo, coloración violácea y dolorosa a palpación, con pulso distal conservado. Analíticamente destaca leucocitosis con neutrofilia, siendo el resto de los parámetros normales. Se realiza ecografía doppler donde se objetivan severos signos ecográficos de TVP en todo el eje ilíaco y fémoropoplíteo derecho con alguna anomalía anatómica, por lo que se completa estudio radiológico con TAC abdomino-pélvico donde se ve una gran dilatación de la vena iliaca externa y primitiva derechas, siendo hipoplásicas las venas iliacas primitivas y gran dilatación del sistema ácigos y hemiácigos. **MATERIAL Y MÉTODO:** Basándonos en un estudio prospectivo realizado en 116 pacientes menores de 50 años del Hospital Clínico Universitario de Valencia con TVP en miembros inferiores se llegó a la conclusión de que el 16'2% de los pacientes presentan una anomalía en vena cava inferior. No existe ningún trabajo que refleje la prevalencia de las anomalías de vena cava inferior en la población general. Pero, a pesar de ello, debemos sospecharlo en TVP con afectación iliaca en menores de 30 años.

Conclusiones:

Resultados: Paciente diagnosticado de TVP con hipoplasia congénita de iliacas primitivas y eje de cava abdominal. Se anticoagula en el S. Urgencias con Dalteparina, e ingresa en Medicina Interna para completar estudio de hipercoagulabilidad. Conclusión: Tratándose la enfermedad tromboembólica de una patología multifactorial, debería considerarse las anomalías congénitas de la vena cava como factor, no sólo asociado, si no desencadenante independiente.

P-940

MENINGITIS NEUMOCÓCICA, INICIO DE LOS SÍNTOMAS Y RELACIÓN CON EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

C Egia Gandarias, A Alday Beraza, A Muñecas Cuesta,
E Naberan Oñarte-Etxebarria, J Iza de Pablo, I Viadero Ipenza,
I Gabantxo Laka

Hospital Gernika. Luno Servicio de Urgencias. Gernika-Luno, Bizkaia

Palabras Clave: pneumoniae

Ámbito del caso:

La meningitis neumocócica tiene dos picos de incidencia, en menores de un año y a partir de la cuarta década. El inicio es agudo y habitualmente fulminante. Puede estar precedido por un cuadro de otitis media, neumonía, fístula pericraneal y sinusitis. El curso clínico suele estar formado por fiebre, cefalea y vómitos, pudiendo evolucionar rápidamente con afectación progresiva del estado general, somnolencia, estupor y coma. La mortalidad global en el adulto es de un 30%. **OBJETIVO** Repasar la clínica de la meningitis, compararla con el caso y ver su relación con el tromboembolismo pulmonar (TEP) **METODO** Revisión bibliográfica de la meningitis neumocócica a propósito de un caso clínico, utilizando textos de medicina basada en la evidencia y guías de práctica clínica.

Historia clínica:

PACIENTE Mujer de 62 años sin antecedentes; acude por episodio de cefalea, debilidad, temblor en extremidades y sensación de palpitaciones, sin fiebre. Días previos, rinorrea, estornudos, cefalea holocraneal. A su llegada (19:30), hemodinámicamente estable, Glasgow 15; ECG: taquicardia sinusal a 110, aplanamiento ST y T negativa en V2 y V3; la analítica muestra PCR 69,3 mg/L, leucocitosis 11,2 miles/mm³ con 83% neutrófilos, Troponina T normal y Dímero D 2330 ng/mL; Rx torax normal. Se deja en observación para repetir enzimas cardíacas. A las 4 horas, pico febril de 39,8°C, TA 105/56, FC 123; tendencia al sueño, estuporosa, sin rigidez nuchal, Glasgow 12. Troponina T 50 ng/L, PCT 12,36 ng/mL. Orina: antígeno de neumococo positivo. Se realiza TAC craneal (normal) y TAC torácico (TEP segmentario). Punción lumbar: perfil bacteriano. Se trató con Ceftriaxona, fluidoterapia y enoxaparina sódica mg/kg. Ingresó en UCI 2 días y posteriormente en planta de neurología durante 7 días con buena evolución.

Conclusiones:

De este caso llama la atención la clínica larvada de días de evolución, los síntomas banales por los que acude a la urgencia y el empeoramiento brusco de la paciente estando en ella. Es imprescindible mantenerse alerta en los servicios de urgencias a pesar de encontrarnos ante cuadros aparentemente no importantes. No se observó causa desencadenante de la meningitis. El TEP puede aparecer como complicación en casos de sepsis por lo que debemos tenerlo en cuenta.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-941

DOLOR LUMBAR PERSISTENTE, ¿QUÉ DEBEMOS SOSPECHAR?

**I Urbina Soto, J Villar Ramos, K Serrano Cardenas,
A Cabero Martínez, S Campos Fernández, A Córdoba Alonso,
M Martín Millán**

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras Clave: espondilodiscitis infecciosa, dolor lumbar, fiebre

Historia clínica:

Paciente de 70 años, con antecedentes personales de HTA, DM2, ERC estadio 3b, SAHS severo y ACVA isquémico vertebro basilar de origen cardio-embólico. Acude inicialmente a Urgencias por disnea, edemas y dolor lumbar de características mecánicas de 15 días de evolución que relaciona con un esfuerzo físico. Se inicia tratamiento diurético intensivo, analgésico y se realiza radiografía de columna dorso-lumbar donde no se aprecian alteraciones. Permanece dos días en evolución en Urgencias, y ante mejoría clínica se decide alta. A los 15 días vuelve a acudir al hospital por fiebre, persistencia de dolor lumbar y malestar general. A la exploración física: TA 100/50, FC 57, T° 38°C, regular estado general, destacando dolor a la percusión dorso-lumbar e inflamación de extremidad inferior izquierda. Se realiza analítica donde destaca leucocitosis con desviación izquierda y elevación de reactantes de fase aguda, radiografía de tórax sin alteraciones, hemocultivos y se inicia antibioterapia empírica con piperacilina-tazobactam a la espera de resultados de microbiología. Se ingresa al paciente a cargo de Medicina Interna. Durante el ingreso permanece afebril y estable, apareciendo a los 2 días del ingreso ampollas cutáneas con celulitis circundante en extremidad inferior izquierda. Se modifica pauta antibiótica ante aislamiento en hemocultivos de *Streptococcus pyogenes*. Ante la persistencia de dolor se solicita RM donde se observan hallazgos radiológicos compatibles con espondilodiscitis T9-T10 aguda-subaguda sin afectación de partes blandas. Juicio clínico: Espondilodiscitis T9-T10 subaguda por *Streptococcus pyogenes*. Se realiza ecocardiograma que no muestra signos de endocarditis infecciosa. El paciente evoluciona de forma lenta recibiendo antibiótico endovenoso durante 6 semanas con penicilina y clindamicina.

Conclusiones:

La espondilodiscitis es una enfermedad poco frecuente. Su incidencia ha aumentado en los últimos años debido al envejecimiento de la población con enfermedades crónicas que suponen condiciones para cierto grado de inmunodeficiencia, bacteriemia nosocomial y procedimientos invasivos. Hay tres formas clínicas: hematógena, postraumática y contigüidad. La presentación clínica es habitualmente subaguda e inespecífica, lo que hace que sea una enfermedad de difícil diagnóstico. Ante un paciente con dolor dorsolumbar persistente, refractario a tratamiento convencional, fiebre, repercusión del estado general, inmunosupresión, diabetes tendremos que pensar en esta entidad.

P-942

SE TRATA DEL LOBO

**A Egea Huertas, MJ Fernández Rodríguez, G Alonso Sánchez,
MH Vidal Giménez, FJ Fernández Valero, TR Álvarez Balseca**

Hospital Comarcal del Noroeste. Molina de Segura, Murcia

Palabras Clave: gripe humana, dolor en el pecho, insuficiencia respiratoria

Historia clínica

Mujer de 42 años que acude por cuarta vez en 2 días al mismo servicio de Urgencias refiriendo sensación disneica brusca, fiebre de 39°C, tos sin expectoración y dolor torácico que aumenta con los movimientos respiratorios, sin referir otra sintomatología. La clínica tiene 7 días de evolución y comenta tener 3 hijos con gripe. En las anteriores ocasiones no se valoraron hallazgos patológicos en las pruebas analíticas y radiográficas que se le realizaron y fue dada de alta con diagnósticos de infección respiratoria Vs bronquitis, y dolor torácico de características mecánicas, pautando un tratamiento a base de analgésicos, antipiréticos, antibióticos y corticoides inhalados. En esta última ocasión acude con una FC 117 lpm, Sat O2 89%, TA 13/7, encontrándose afebril. Presentaba REG, palidez mucocutánea, taquipnea con empleo de musculatura accesoria para la respiración y se auscultaba una hipofonía de pulmón izquierdo. Analíticamente presentaba una insuficiencia renal aguda, acidosis metabólica, hipoxemia moderada, con una PCR de 43 y una leucocitopenia de 3.190. En el TAC torácico se describió bronconeumonía en lóbulo inferior izquierdo. Durante su estancia en urgencias la paciente saturó al 85% por lo que se inició oxigenación con reservorio y se pautaron nebulizaciones y actocortina. Al persistir la desaturación se procedió a intubar a la paciente y se habló con hospital de referencia para gestionar su traslado siendo alta con diagnóstico de insuficiencia respiratoria secundaria a bronconeumonía con derrame pleural izquierdo e insuficiencia renal aguda. La paciente falleció al día siguiente. El exudado nasofaríngeo dio positivo al virus influenza A.

Conclusiones:

Este caso es especialmente llamativo por el hecho de que estamos ante una paciente joven que fue vista hasta en 4 ocasiones en un muy corto periodo de tiempo, produciéndose un cambio radical en sus radiografías torácicas de un día para otro, terminando finalmente con un desenlace fatal a pesar de haberse realizado una buena práctica médica. A veces podemos desacreditar a este tipo de pacientes ultra demandantes pero tenemos que tener en cuenta que en ocasiones esa patología banal puede esconder un grave riesgo vital.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-943

MENINGOENCEFALITIS AGUDA BACTERIANA OTOGÉNICA EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDA

H Rodríguez García (1), R Santiago Gómez (1), F Attardo (1),
P Barbero Barbero (1), M Martín Sánchez (1), F Reviejo Rodríguez (2)

(1) Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles. Ávila,
(2) Centro de Salud Ávila Estación. Ávila

Palabras Clave: meningoencefalitis, otitis media, huésped inmunocomprometido

Ámbito de caso:

Hospitalaria.

Historia clínica:

Mujer de 57 años, con antecedente de artritis reumatoide en tratamiento con glucocorticoides (deflazacort) y metotrexato, que fue trasladada a Urgencias por disminución del nivel de consciencia y agitación psicomotriz. El día anterior había comenzado con dolor intenso en el oído izquierdo, fiebre de 40 °C, escalofríos y MEG. Exploración física: febril e hipotensa, resto sin alteraciones significativas. Exploración neurológica: estuporosa (GSC 13, O4 M5 V4), resto de exploración neurológica normal. Otoscopia: abundante otorrea purulenta en el oído izquierdo. Se procedió a sedación con benzodiazepinas, haloperidol y propofol. Se inició tratamiento con vancomicina, ceftriaxona, dexametasona y fluidos. Resultados: - En el análisis de sangre destacaba leucocitosis con elevación de PCR y PCT, y creatinina 2,2 mg/dL, de antigüedad desconocida. - TC craneal sin contraste urgente: ocupación parcial del oído medio izquierdo de aspecto inflamatorio inespecífico, sin otras alteraciones radiológicas significativas. - Punción lumbar: líquido claro, normotensivo, con 485 células (75% PMN), glucosa 40 mg/dL y proteínas 1,05 mg/dL. La tinción de Gram no evidenciaba gérmenes y las aglutinaciones eran negativas. Evolución: - La función renal se normalizó tras el balance hídrico positivo inicial. - Conocido el tratamiento médico habitual, y dada la toma crónica de glucocorticoides y metotrexato, la paciente se consideró posible inmunodeprimida y se aumentó ceftriaxona a meropenem, manteniendo la vancomicina. Se colocó drenaje timpánico. Tras el aislamiento de *Klebsiella pneumoniae* multisensible en LCR, orina y exudado ótico se ajustó antibióterapia. - Presentó ligera desorientación temporo-espacial residual sin focalidad neurológica grosera. Tras su salida de UCI y traslado a planta, se reintrodujo prednisona 5 mg/día sin complicaciones. Ante la ausencia de incidencias, fue alta.

Conclusiones:

Presentamos un caso de meningoencefalitis bacteriana aguda secundaria a otitis media supurada por *Klebsiella pneumoniae* en paciente inmunodeprimida debido al tratamiento para artritis reumatoide. Aunque las complicaciones intracraneales de las otitis medias son infrecuentes desde el advenimiento de los tratamientos antibióticos, no hay que olvidar el foco otogénico para infecciones del SNC en inmunocomprometidos. La otoscopia mantiene su relevancia no sólo en el contexto de cuadros infecciosos de la esfera ORL, sino también en el proceso de despistaje diagnóstico de clínica marcadamente neurológica y/o central, más allá del vértigo.

P-944

BACTERIEMIA POR *STAPHYLOCOCCUS WARNERI* Y *STAPHYLOCOCCUS LUGDUNENSIS* EN PACIENTE CON DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

FP Cuenca Caballero (1), E Prado Mel (2), M Gil López (1),
AB Rojas Ramírez (1)

(1) Hospital Nuestra Señora de la Merced. Osuna,
(2) Hospital La Inmaculada. Sevilla

Palabras Clave: coagulase, negative *Staphylococcus*, infection, *Staphylococcus lugdunensis*

Historia clínica:

Mujer de 56 años con HTA, DM, síndrome depresivo y portadora de DIU hormonal. Acude a urgencias por astenia, cefalea, oligoanuria y presíncope. La familia refiere que 24 horas antes había acudido a revisión ginecológica de DIU. A su llegada a urgencias está consciente, sudorosa y pálida. TA 87/59 mmHg, FC 90 lpm, Sat O2 98%. Exploración física y neurológica normales. Se solicita hemograma: Hb 9,3 g/dL, leucopenia con desviación izquierda y plaquetopenia. Se realiza extensión de frotis; Bioquímica: Glucosa 170 mg/dL, urea 95 mg/dL, creatinina 2,27 mg/dL y PCR 314,9 mg/L. Se cursan hemocultivos, instaurándose antibióterapia empírica con ceftriaxona 2g iv/24h. Tras estabilización es ingresada en planta realizándose TAC toracoabdominal con mínimo edema pulmonar bilateral. El frotis de hemograma al ingreso confirma leucopenia con desviación izquierda sin alteración en serie linfocitos y trombopenia. Hemocultivo positivo: *Staphylococcus warneri* y *Staphylococcus lugdunensis* meticilin resistente, sensibles a aminoglucósidos y resistentes a quinolonas y penicilinas. Se realiza ecocardiografía transesofágica descartando endocarditis. Se dirige la terapia antibiótica con Vancomicina 1g/12h y gentamicina 120 mg/8h durante quince días con hemocultivo de control a los 10 días negativo, procediéndose al alta.

Historia clínica:

Conclusiones:

S. lugdunensis y *S. warneri* son microorganismos coagulasa negativos (CNS) con grandes diferencias al resto de bacterias de su grupo. Actualmente *S. lugdunensis* se considera más cercano a *S. aureus* que a los CNS, ya que puede causar infecciones virulentas, (sepsis y/o endocarditis), se ha publicado un caso de absceso cerebral aislado sin coexistencia de bacteriemia y/o endocarditis, lo que nos informa de su capacidad de migración y virulencia, *S. lugdunensis* forma parte de la flora microbiana normal, estando especialmente localizado en hipogastrio y perineo. *S. warneri*, también tiene capacidad de producir infección, grave a veces, sin embargo la incidencia de casos y su virulencia es inferior a *S. lugdunensis* y suele estar mayormente relacionado con implantación de prótesis y/o dispositivos médicos, siendo considerado también parte de la flora normal cutánea. En nuestro caso, la paciente presenta una bacteriemia por ambos microorganismos, la implantación de DIU está asociada a la aparición de infecciones en el tracto genital, pero por microorganismos diferen-



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

tes, en la bibliografía hay publicados casos de septicemias por *S. aureus* tras la implantación de DIU pero con enfermedad inflamatoria pélvica, sin embargo nuestra paciente desarrolló una septicemia sin manifestación ginecológica, lo que hace nuestro caso excepcional.

P-946

¡AY DOCTOR, TENGO LA MANO TONTA!

A Delgado de Paz (1), R López Izquierdo (2), H Bergaz Díez (3), E Melo Toledo (4), M García Revuelta (4), D Gil Loayza (5), E González García (5)

(1) CS Plaza del Ejército, (2) Hospital Universitario del Río Hortega, (3) CS Arturo Eyries, (4) CS Huerta del Rey, (5) CS Delicias II. Valladolid

Palabras Clave: embolia (c14.907.355.350), isquemia (c23.550.513), enfermedad arterial periférica (c14.907.137.126.307.500)

Ámbito del caso:

Varón de 87 años, sin AMC, con antecedentes personales de HTA, DM 2, fibrilación auricular crónica, ACVA hemorrágico con epilepsia secundaria, adenocarcinoma infiltrante en colédoco. Dependiente para casi todas las ABVD. En tto habitual con AAS 100mg, Furose-mida, Rabeprazol, Fenitoína, Atenolol, Lovastatina, Doxazosina y Haloperidol. Se comenta el caso con el paciente y la familia, se decide suspender el Sintrom por riesgo de sangrado del adenocarcinoma y antecedentes de ACV hemorrágico (CHA2DS2-VASc de 5, pero HAS-BLED de 6). Acude traído por el 112 porque desde hace unos 45 minutos ha comenzado con un dolor constante y muy intenso en la mano derecha, sin antecedente traumático. En la exploración física se pone de manifiesto una dishabilidad e hipoestesia de la mano derecha, que se presenta fría y pálida con retraso del relleno capilar. Ausencia de pulso radial en ese lado, aunque se mantiene el pulso a la altura de la flexura del codo. Resto sin hallazgos de interés. Se solicita una analítica de sangre con coagulación, que está dentro de los límites de la normalidad. Ante las manifestaciones clínicas, se realiza ECO-doppler para determinar el flujo distal venoso y arterial, estableciendo el diagnóstico de isquemia arterial aguda del MSD y estratificando las posibilidades terapéuticas. Se administraron HBPM en dosis elevadas como tratamiento primario, combinándolo con tratamiento definitivo consistente en embolectomía con catéter de Fogarty.

Conclusiones:

La oclusión aguda de una arteria periférica induce generalmente una isquemia súbita e intensa (dolor, palidez, parestesias, parálisis, ausencia de pulsos y poiquiloterapia), constituyendo uno de los problemas más frecuentes y graves dentro de la patología vascular periférica con una morbilidad elevada, con riesgo de pérdida de dicha extremidad o incluso de la propia vida. Se ha enfatizado en la importancia de un actuación precoz con la administración de dosis completas de heparina tan pronto como se confirme el diagnóstico, estableciendo el tratamiento definitivo dentro de las primeras 4-6 horas. Los pacientes con embolismo agudo presentan un inicio súbito de los síntomas y generalmente tienen un origen cardíaco (hasta en un 75% de los casos existe fibrilación auricular como factor predisponente).



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-949

NO ES LO QUE PARECE

M Parras Cordovés, N Rodrigo Saiz, I Fortuny Esterri, R Alonso Esteban, F Camón Iglesias, L Díez Domínguez, M Borja Díaz

Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de Los Reyes, Madrid

Palabras Clave: absceso encefálico, enfermedad de Chagas, mareo

Historia clínica:

MC: Confusión AP Natural de Paraguay Alergia: No Consumo esporádico de cocaína No tratamiento HA Mareo vertiginoso de 1 mes de evolución tras problema laboral. Alteración progresiva del comportamiento. Ánimo bajo, apatía, mutismo. Empeora hasta meterse en la cama no levantándose ni para comer. Visto en urgencias una semana antes con analítica anodina, cocaína + en orina. Se cita en Salud Mental. Vuelve a urgencias por empeoramiento. Dificultad para recordar las cosas y la secuencia de hechos. Su pareja refiere últimamente cefalea, febrícula vespertina e incapacidad para comer solo. EF T° 37.3°C 100/66 90 lpm sato2 100% . Consciente . Desorientado. Amimia facial. Sequedad de mucosas. ACP Rítmico a 90lpm MVC. Abdomen Normal. MMII, sin varices ni edemas. Neurológico: Desorientación temporal. FFCCSS normales. Bradipsiquia. Pares craneales normales. Fuerza, tono y sensibilidad sin alteraciones. Aumento de ROTs generalizados. No dismetría. Marcha normal. F.O normal. PC Analítica Normal. TAC sin contraste: Conclusión: Hallazgos compatibles con tumoración en esplenio cuerpo calloso que cruza la línea media y presenta edema de sustancia blanca frontobasal, parietal y frontal superior a descartar glioblastoma multiforme o linfoma. RNM: Conclusión: Hallazgos compatibles con tumoración multifocal centrada en rodilla y esplenio cuerpo calloso, con focos de necrosis y moderado edema vasogénico que por su comportamiento radiológico es altamente sugestiva de tumoración glial de alto grado tipo glioblastoma multiforme. Otra alternativa menos probable sería el linfoma primario (esperaríamos encontrar mayor infiltración periventricular y mayor restricción en el mapa de ADC). JC: Probable glioblastoma multiforme. Plan: Interconsulta a Neurología quienes contactan con Neurocirugía del HULP y se procede al traslado Evolución: En HULP ingresa en neurocirugía. Se realizó biopsia cerebral objetivando parásitos por lo que se traslada a Medicina Interna para estudio de absceso cerebral. Se inicia tratamiento empírico para toxoplasma mientras se realiza estudio etiológico e inmunitario, siendo diagnosticado de infección por VIH y chagoma cerebral. Se inicia tratamiento dirigido y antirretrovirales sin presentar efectos secundarios. JC: INFECCIÓN POR VIH C3. CHAGOMA CEREBRAL.

Conclusiones:

Las alteraciones del comportamiento en pacientes jóvenes deben tratarse como una focalidad neurológica hasta que se demuestre lo contrario. Un TAC craneal en el siglo XXI en nuestro medio es una prueba diagnóstica no invasiva fundamental antes de tratar síntomas neurológicos como psiquiátricos.

P-950

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO

D Diz González (1), A Cañas Barranco (2), S Díaz Lería (1)

(1) Hospital de Antequera. Málaga (2) Clinic. Rockfield. Dublín, Irlanda

Palabras Clave: pulmonary, embolism, neoplasm

Historia clínica:

Introducción: El síndrome paraneoplásico es todo aquel signo o síntoma que presente un paciente portador de un tumor y que no puede ser atribuido al tumor primario o a sus metástasis. Objetivo: Analizar la necesidad de búsqueda de neoplasia oculta en pacientes con TEP idiopático. Paciente y Método: Mujer de 50 años, ex fumadora, asma bronquial y atelectasia laminar izquierda, fibroadenoma mamario izquierdo, diagnosticada en días previos de trombosis venosa superficial (TVS)pierna derecha. Acude a urgencias derivada por digestivo tras hallazgo en Radiografía de tórax de engrosamiento hilar izquierdo y dispnea tipo dismotilidad con hiporexia, pérdida de peso de 2 semanas de evolución acompañado de dolor costal pleurítico izquierdo en las últimas 48 h. Exploración con buen estado general ,taquicardia sinusal, hipoventilación en base izquierda y discreto aumento de diámetro de pantorrilla derecha. Pruebas complementarias: Hemograma, GPT,coagulación básica, iones y función renal normales. Dímero D 43.000 Angio Tac: ausencia de opacificación de la arteria de lóbulo inferior izquierdo (LII), atelectasia y derrames asociados. En Planta: Marcadores tumorales elevados, Tac de Tórax: derrame pleural izquierdo neoplásico, masa LII y atelectasia de LII. metástasis vertebrales, metástasis hepáticas e infarto renal izquierdo. Tac de Abdomen: marcado derrame pleural izq, atelectasia LII, múltiples LOES hepáticas de aspecto metastásico. Tac de Cráneo. Secuelas de infarto de ACMI. Biopsia hepática: Infiltración por adenocarcinoma moderadamente diferenciado, ECO Doppler MMII: TVS. Resultados: Se ingresa en planta con diagnóstico de TEP y síndrome constitucional con mala evolución presentando molestias abdominales continuas y un ACV con hemiparesia derecha y desenlace fatal con éxitus.

Conclusiones:

La incidencia de trombosis en los pacientes con cáncer varía dependiendo de factores relacionados con el paciente, con el tipo de tumor ,de la extensión de la enfermedad, y de factores relacionados con el tratamiento recibido (no siendo el caso que nos ocupa). Así pues, nuestra paciente falleció en el contexto de TEP y ACV como síndrome paraneoplásico de un tumor sin filiación de origen pero con alta sospecha de ser de origen pulmonar Vs a biliar por clínica y resultados de pruebas complementarias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-951

EMBOLISMO CEREBRAL CÁLCICO DIFERIDO TRAS CATETERISMO CORONARIO. IMPLICACIONES ETIOPATOGÉNICAS Y TERAPÉUTICAS

MP Ortigosa Arrabal, C de la Cruz Cosme, M Jiménez Parra

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Palabras Clave: aortic diseases, catheterization, iatrogenic disease.

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN. La caracterización mediante tomografía computarizada (TC) de la oclusión arterial permite, en algunos casos, aproximar el origen del ictus, en función de la densidad del émbolo, y a la vez predecir el pronóstico de recanalización. **OBJETIVO.** Ilustrar cómo el análisis simple de la oclusión intracraneal por TC de cráneo, en los particulares de composición inusual, proporciona una hipótesis plausible del origen del ictus y una información pronóstica relevante. **PACIENTE Y MÉTODO.** Varón de 71 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes, y cardiopatía isquémica, así como ictus isquémico en 2013 de origen aterotrombótico (estenosis crítica de arteria carótida interna derecha, y posterior tromboendarterectomía sin complicaciones ni secuelas). Fue sometido a cateterismo e implante de stent por episodio anginoso. Durante el procedimiento, se objetivó un episodio de fibrilación auricular, por lo que inició clopidogrel y acenocumarol. Una semana después, es traído como código ictus, por déficit hemisférico derecho ictal: Disartria, anosognosia, hemianopsia y hemiplejía izquierda. **RESULTADOS.** Entre las pruebas, destacaban un INR de 2,4 (que contraindicó fibrinólisis) y un TC cráneo sin signos precoces de isquemia aguda, pero con una calcificación intra-arterial en arteria cerebral media derecha, catalogada como de origen embólico, al no apreciarse en el TC de 2013. A los pocos minutos, se objetivó una mejoría espontánea hasta recuperar los defectos corticales y quedar la debilidad en 4/5. Sin embargo, un nuevo empeoramiento diferido estableció el déficit de forma definitiva, y descartó la repermeabilización espontánea, como demostró una posterior angio-resonancia. El estudio vascular descartó placas en la carótida ipsilateral, y demostró un gran ateroma aórtico calcificado.

Conclusiones:

Los datos configuraron un diagnóstico de ictus isquémico por embolia arterio-arterial desde ateroma aórtico complicado por cateterismo. El caso apoya este mismo origen para las habituales lesiones milimétricas post-procedimiento, cuya causa se expone de difícil constatación en diferentes publicaciones. Además, este tipo de embolias, de las que se han publicado muy pocos casos con oclusión de gran vaso, no recanalizan espontáneamente, ni con terapia endovenosa, siendo la terapia endovascular la única oportunidad de éxito.

P-952

HEMOPTISIS FRANCA POR ASPERGILOMA

M Orgambides Domingo (1), I Vigil Megía (2)

(1) Hospital de Sagunto, (2) Hospital de Sagunto. Valencia

Palabras Clave: tuberculosis, hemoptisis, aspergiloma

Historia clínica:

Varón de 75 años que consulta por hemoptisis franca. AP: TBC hace más de 50 años con bronquiectasias residuales. DMID, HTA. Exfumador desde hace 20 años de 70 paq/año. Presenta hemoptisis franca con esputos hemoptoicos seguidos de varios episodios de expulsión de sangre roja mezclada con coágulos, (unos 250cc), desde la noche anterior. Refiere que presenta esputos hemoptoicos autolimitados de forma ocasional desde hace dos meses. Apirético. No clínica cataral. Aumento de disnea de forma progresiva, que se ha hecho de mínimos esfuerzos en las últimas semanas. Pérdida de 5 kg en los últimos 6 meses con astenia y anorexia. EF: TA 140/80 mmHg. FC 95 lpm. SatO2 con gn a 3 L/min 98%. Eupneico en reposo. Caquético. Palidez. Deshidratación mucocutánea. AC rítmica, con soplo sistólico panfocal. AP: mv disminuido en mitad inferior de hemitórax izquierdo y casi abolido en mitad superior, ruido de secreciones en hemitórax dcho. Abdomen anodino. No edemas en MMII. **PRUEBAS:** HM: Leucos: 9400, N: 80.6%, Hematíes $3.4 \cdot 10^6/\mu\text{L}$, Hemoglobina 9.6 g/dL, Hto 30.7 %, VCM 91.4 fL, HCM 28.7 pg, CHCM 31.4 g/dL. Plaquetas 417.000.BQ: PCR 33 mg/l, Glucosa 309 mg/dl, Urea 53 mg/dl, Na 134 mmol/l K 4.9 mmol/l, Creatinina 0.9 mg/dl Coagulación: I.Quick: 84%, INR: 1.1. Rx tórax: ocupación del lóbulo superior izquierdo, paquipleuritis izquierda. Aumento de densidad peribronquial en pulmón derecho, más acusada en LSD, compatible con proceso inflamatorio. TAC tórax: secuelas de TBC postprimaria, con paquipleuritis calcificada, bronquiectasias y grandes cavidades pulmonares cavitadas por micetomas en LSI con calcificación en su interior. Opacidades micronodulares de pequeña vía aérea, especialmente en LID que no permite descartar reactivación de TBC. Fibrobroncoscopia: distorsión del árbol bronquial izquierdo con escasas secreciones sanguinolentas sobre todo procedente de llingula. No sangrado activo. Microbiología BAS: aspergillus fumigatus $4 \cdot 10^3$ y stafilococo xylosus 10^5 -5 UFC/ml. Cultivo esputo: escasa microflora compuesta por elementos fúngicos levaduriformes y cocos gram+. DX: HEMOPTISIS POR ASPERGILOMA. TTO: Voriconazol + Ciprofloxacino iv. DX: HEMOPTISIS POR ASPERGILOMA.

Conclusiones:

El aspergiloma se desarrolla en una cavidad previa, frecuentemente tuberculosa, puede ser la etiología de hemoptisis severas. En cuyo caso está indicada la intervención quirúrgica precoz.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-954

RIESGO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN PACIENTE DE BAJO RIESGO TRAS CIRUGÍA VASCULAR

E Porcel Martín, D Giménez Cid, J Porcel Martín, M Carretero Matas, C Sillero Nogales, L Pérez Rivas

Hospital Comarcal de la Axarquía. Málaga

Palabras Clave: pulmonary embolism, minor surgical procedures, early ambulation

Historia clínica:

HISTORIA CLÍNICA Varón 40 años. Único antecedente, intervenido hace 12 días (safenectomía interna con escleroterapia de miembro inferior derecho (MID)). Tratamiento habitual; Diosmina. Tratamiento desde cirugía: Analgesia y antibioterapia. Acude por dolor súbito en parrilla costal izquierda de 48 horas que le obligó a dormir en sedestación por disnea. Dolor características mecánicas, no mejora con analgesia habitual. El paciente reconoce que tras alta no realizó movilización precoz, cómo se le recomendó, pues presentaba mucho dolor, preferió permanecer en decúbito supino. Tras 6 días de cirugía comienza con endurcimiento, calor y dolor en la zona cirugía. Exploración destaca: Saturación oxígeno 97%. Cordón varicoso MID. Diagnóstico diferencial: Dolor osteomuscular -Tromboembolismo pulmonar (TEP). Pruebas complementarias: Electrocardiograma destaca: S1Q3T3. Bloqueo incompleto rama derecha. Radiografía de tórax destaca: Pinzamiento de seno costofrénico izquierdo. Atelectasia basal izquierda. Analítica sangre destaca: Dímero D1.56(límite normalidad 0.5). AngioTAC tórax: Defecto repleción central, acabalgando en bifurcación de una rama segmentaria en relación con atelectasia a dicho nivel y pequeño colapso en llingula. JUICIO CLÍNICO DEFINITIVO: TEP segmentario basal izquierdo.

Conclusiones:

DISCUSIÓN: La formación del trombo depende de: Hipercoagulabilidad, hipoxia, éstasis venoso y daño intimal. Estos dos últimos factores están presentes en cualquier paciente quirúrgico. La incidencia descrita tras cirugía sin profilaxis para trombosis venosa profunda (TVP) es de 15-30% y para TEP 0.2-0.9%. La cirugía vascular de MID sería de bajo riesgo tromboembólico. Sin embargo, hay que valorar otros factores que aumentan riesgo: trauma mayor o de MI, inmovilidad mayor 3 días, paresia MI, cáncer, compresión venosa, enfermedad tromboembólica previa, edad mayor 40 años, embarazo y postparto, terapia estrogénica, síndrome nefrótico, trastornos mieloproliferativos, obesidad, trombofilias. Pacientes menores de 40 años, sin factores de riesgo no requieren profilaxis en cirugía MI, pero debemos insistir en movilización precoz. Tras el desenlace de este caso (paciente tras cirugía menor, presenta un TEP), debemos plantearnos la importancia de explicar al paciente el por qué se prescribe deambulación precoz (y prescribir analgesia suficiente para que el paciente pueda llevarla a cabo). Si nuestro paciente hubiese conocido el riesgo TEP, probablemente no hubiese prolongado inmovilización. Incluso en cirugías bajo riesgo y pacientes sin factores riesgo, existen circunstancias que aumentan el riesgo de tromboembolismo. Los médicos de urgencias debemos detectar estas situaciones, aunque su probabilidad sea baja.

P-955

FIEBRE Y EXANTEMA, ASOCIACIÓN FRECUENTE Y NO SIEMPRE EVIDENTE

RM Herrero Antón, J García Criado, VM Sánchez Moro, A Muñoz Galindo, I Corbacho Cambero, P García Herrero

Hospital Universitario de Salamanca

Palabras Clave: fiebre, exantema, infección

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: Signos clínicos como fiebre y exantema van asociados en diversas patologías, gran parte de ellas de origen vírico. Los diagnósticos diferenciales son fundamentales para llegar a uno certero. **OBJETIVO:** Se plantea el caso clínico de un paciente con fiebre y exantema generalizado, cuyo diagnóstico final fue correcto gracias a la exploración pormenorizada del paciente tanto en su aspecto físico como de su entorno. **CASO CLÍNICO:** Acude a urgencias un paciente varón de 65 años con fiebre alta y artromialgias de 3 días de evolución, resistente a antipiréticos convencionales. Presenta disnea, taquipnea, signos de mala perfusión, con mal estado general, aunque sin signos meníngeos. Asocia exantema generalizado máculopapuloso, no pruriginoso, que no respeta palmas ni plantas. Como antecedentes de interés comenta hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con enalapril y metformina respectivamente. Sus constantes son: TA 86/48mmHg, 38,1°C, FC 128 lpm, FR 25 rpm, sat O2 84%. A la exploración resalta la auscultación pulmonar con crepitantes bibasales y el exantema generalizado con lesiones cutáneas eritematosas similares excepto en tobillo izquierdo, donde se objetiva lesión necrótica de 6-8 mm de diámetro rodeada de halo eritematoso y signos flogóticos perilesionales. Reinterrogando al paciente, se comprueba que convive en una casa de pueblo con perros. Se extrae hemograma, bioquímica, coagulación, gasometría venosa y arterial y serología para diagnóstico diferencial con enfermedades infecciosas y parasitarias. En la analítica aparecen reactantes de fase aguda muy elevados: PCR > 24 mg/dl, procalcitonina > 11 ng/dl, lactato > 3 mmol/L, leucocitosis y neutrofilia. Estos datos unidos a hipotensión, taquipnea, taquicardia, alteración del perfil hepático y de la función renal nos llevan a tratarlo como shock séptico. Se administra fluidoterapia y tratamiento antibiótico con ceftriaxona 2g y doxiciclina 100 mg iv. ante la posibilidad de infección por fiebre botonosa y se ingresa en UVI. La serología resulta positiva para Rickettsia conorii, confirmando nuestra sospecha diagnóstica.

Conclusiones:

A pesar de la baja incidencia de fiebre botonosa mediterránea, es importante descartarla como diagnóstico diferencial, ya que puede ser mortal sin tratamiento antibiótico precoz y adecuado. Una cuidada y meticulosa anamnesis es fundamental para el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad infrecuente en la actualidad.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-956

OBESIDAD COMO COMORBILIDAD

E Jiménez Ruiz, MP Lora Coronado, P Olmedo Carrillo

Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras Clave: obesidad, insuficiencia respiratoria, neumonía multilobar H1N1

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 43 años, no AMC, HTA, sd. Depresivo, hábito enólico, fumador esporádico, vive solo en medio rural, trabaja en un salón de juegos y tiene un perro. Consulta en atención primaria por cuadro de tos y expectoración acompañado de fiebre y se pauta tratamiento con antitérmicos. Tras 4 días de tratamiento el paciente acude de nuevo por empeoramiento del estado general y disnea a mínimos esfuerzos, refiere continuar con fiebre, tos y expectoración mucopurulenta; por lo que es derivado al hospital para valoración de pruebas complementarias. A la llegada a Urgencias el paciente se encuentra disneico, con crepitantes bilaterales. Hemograma con 90.7% neutrófilos, bioquímica con PCR 278 y coagulación dentro de rango de normalidad, Gasometría arterial con pH 7.46, pO₂ 45, pCO₂ 38 HCO₃ 26.9 EB 3.1 satO₂ 83.5. Rx de tórax: condensación multilobar en hemitórax derecho y base izquierda. Iniciamos tratamiento con oxigenoterapia y antibioterapia empírica (con ceftriaxona, levofloxacino, oseltamivir) en aislamiento respiratorio, por neumonía grave atípica, previamente se extraen hemocultivos, cultivo de esputo y antígeno de legionella y neumococo, pendiente de confirmación de sospecha diagnóstica de neumonía H1N1 u otras etiologías atípicas, ya que nuestro hospital no dispone de microbiólogo 24h. A pesar de tratamiento el paciente comienza con distrés respiratorio, fiebre e hipotensión por lo que se avisa e ingresa en UC.

Conclusiones:

Las neumonías atípicas constituyen un porcentaje importante de agentes causales de insuficiencia respiratoria aguda de causa infecciosa. La sospecha diagnóstica y el tratamiento precoz de los casos graves, ayudará a disminuir la morbimortalidad y mejorar el pronóstico y las complicaciones a corto y largo plazo. En este caso el único factor de riesgo que presenta nuestro paciente, como predictor de mal pronóstico en situación de neumonía por H1N1, sería la obesidad, considerando por tanto que los criterios del protocolo deberían ser más laxos.

P-957

LA SONRISA SARDÓNICA

O González Alemán, S Álvarez-Ossorio Cisneros, A Fernández Cuervo, A Rodríguez Camacho, A Garrino Fernández

Hospital Universitario Puerta del Mar. Jerez de la Frontera, Cádiz

Palabras Clave: sonrisa, sardónica, tétanos

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Paciente mujer 70 años, con domicilio en el ámbito rural, destacando como únicos antecedentes personales fibrilación auricular crónica y osteoporosis, acude a las urgencias del HUPM refiriendo odinofagia y disfagia de 48 horas de evolución aproximadamente. A la exploración destaca importante trismus, sin objetivar hallazgos patológicos en las pruebas complementarias realizadas. Ingresar en área de Observación, con una evolución rápidamente desfavorable, desarrollando rigidez muscular generalizada más marcada en miembros superiores y cara, con fascies sardónica y opistótonos. En antebrazo izquierdo, dos heridas erosivas en evolución, con origen en una lesión con un arbusto, según refiere. Además, febrícula, taquicardia y taquipnea. Dada la historia referida y descartada la intoxicación y las alteraciones iónicas, se sospecha infección por tétanos. Finalmente desarrolla insuficiencia respiratoria aguda, con necesidad de relajación, sedoanalgesia e intubación, ingresando posteriormente en Cuidados Intensivos.

Conclusiones:

El tétanos es una patología infrecuente en nuestro medio y cuyo diagnóstico se basa fundamentalmente en la identificación del cuadro clínico compatible. A propósito de un caso nos parece interesante recordar los signos y síntomas típicos que caracterizan esta patología, junto con los cuidados y manejo inicial en el servicio de urgencias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-958

CERVICALGIA Y ANEURISMA

MP Carlos González (1), M González Ruiz (2), N Ovalle González (2), AM González Pedraja (3), MJ Labrador Hernández (4), V Acosta Ramón (5), A Fernández Serna (6)

(1) Servicio Cántabro de Salud, CS Cazoña, (2) HUMV, (3) SCS, (4) CS El Alisal, (5) CS Camargo, (6) CS El Sardinero. Santander

Palabras Clave: cervicalgia, aneurisma sacular, tabaquismo

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Mujer de 46 años que acude a urgencias de atención primaria por cuadro de 24 horas de evolución de cervicalgia, se le pauta analgesia y se da de alta. Tras 24 horas de tratamiento, y al no presentar mejoría, acude a urgencias del hospital donde se vuelve a dar de alta con el mismo diagnóstico, volviendo a los quince minutos por presentar lenguaje incoherente, se re-explora y se evidencia rigidez de nuca. AP: NAMC. No HTA. No DM. No DL. Fumadora de 25 paquetes/año. No cirugías. No tratamiento habitual. EF y pruebas complementarias TA: 125/83 mmHg FC: 60 lat/min FR: 15 resp/min T: 37.2°C SatO₂: 98% GCS: 15 Buen estado general, bien nutrida e hidratada, normocoloreada. Eupneica. PC normales. Motilidad ocular conservada. Rigidez de nuca. Fuerza y sensibilidad conservados en las cuatro extremidades. RCP flexor. Resto de EF normal. Hemograma: 14800 leucocitos u/L (81,5%S, 11,8%L) Bioquímica: normal EKG: ritmo sinusal a 60 lpm, sin cambios en la repolarización. TC craneal: presencia de una lesión hiperdensa, hemorrágica, de localización intraparenquimatosa de 33x38 mm de diámetro localizada en región de ganglios basales derechos con edema perihemorrágico y expansividad moderada, apertura de la hemorragia al sistema ventricular con acumulo de sangre en las cuatro cavidades y moderada dilatación ventricular supratentorial. Angio-TC: malformación aneurismática a nivel de bifurcación de carótida derecha de 3. 8 mm de cuello por 10.3 mm de diámetro mayor y 9.3mm de diámetro transverso, en relación con malformación aneurismática JD Hematoma intraparenquimatoso frontal derecho abierto a ventrículos Aneurisma sacular de bifurcación de carótida interna derecha.

Conclusiones:

Los aneurismas saculares son protrusiones de la pared delgada de las arterias intracraneales que se componen de una túnica media muy delgada o ausente y una lámina elástica interna ausente o severamente fragmentada. La patogénesis de la formación de un aneurisma sacular es multifactorial. El estrés hemodinámico provoca un desgaste excesivo y la ruptura de la lámina elástica interna. La hipertensión, el tabaquismo y la enfermedad del tejido conectivo, contribuyen como agentes causales en este proceso. La mayoría de las hemorragias subaracnoideas son causadas por la ruptura de un aneurisma sacular, he ahí la importancia de su diagnóstico temprano.

P-959

ME DUELE EL HOMBRO, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

M Ruiz Ojeda (1), F Rico Rodríguez (2), E Piñero Flores (3), E Lopera Lopera (3), I Robledo Migallón (3), R Hidalgo Gil (4), A López Sánchez (4)

(1) Hospital Comarcal Valle de los Pedroches. Pozoblanco, (2) Hospital Comarcal Valle de los Pedroches, (3) Centro de Salud de Ubrique, (4) Hospital Santa Bárbara, Puertollano. Córdoba

Palabras Clave: pancoast, shoulder, pain

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Paciente de 61 años, con antecedentes de hipertensión arterial e hiperglucemia, ex-fumador hace seis años de 30 cigarrillos/día durante 40 años. Encontrándose previamente bien, comenzó hace cuatro meses con dolor en hombro izquierdo y región interescapular, irradiado a brazo por su cara cubital con pérdida de sensibilidad en dedos anular y medio de la mano izquierda. Tos escasa sin expectoración. Sin fiebre ni anorexia y con una ligera pérdida de peso y astenia. Su médico le prescribió analgésicos. Dos meses después, continúa sin mejoría, se realiza una radiografía de tórax que fue valorada como normal, comenzó ejercicios de rehabilitación con un fisioterapeuta al relacionar su sintomatología con patología osteomuscular, se solicita consulta con traumatólogo, que realiza resonancia magnética nuclear para descartar una hernia cervical, evidenciándose la existencia de una masa en el vértice pulmonar izquierdo, siendo remitido a nuestro hospital para completar estudio. A la exploración física, presentaba un buen estado general, se evidenció la presencia de miosis en ojo izquierdo con discreta ptosis palpebral y enoftalmos y afección del plexo braquial. En la radiografía de tórax se evidenciaba engrosamiento apical izquierdo sin pérdida de volumen. La tomografía axial torácica, presenta una masa, densidad de tejidos blandos en vértice pulmonar izquierdo y lesión lítica en arcos posteriores de 1º-2º costillas izquierdas, derrame pleural izquierdo y lesión lítica en D4. En la gammagrafía ósea, aumento de captación en 1er-4º posterior izquierdos. Broncoscópicamente, sin alteraciones, el cepillado y la citología del broncoaspirado negativas. Tras punción aspiración con aguja fina transtorácica, correspondía anatomopatológicamente a un carcinoma pleomórfico glandular. Se diagnosticó de carcinoma de pulmón (tumor de Pancoast), estadio IV (T3 NO M1) iniciándose tratamiento con radioterapia, sin mejoría alguna y tratamiento paliativo del dolor. La evolución fue progresivamente empeorando, con posterior aplastamiento de las vértebras D3-D4 y compresión medular que condicionó una paresia de extremidades inferiores, arreflexia y pérdida de sensibilidad desde hemiabdomen inferior. Falleció seis meses después.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

Conclusiones:

El dolor de hombro constituye una causa habitual de consulta médica en Atención Primaria. Si este dolor se acompaña de semiología de afectación radiculoplexular del brazo, deberemos tener en cuenta la posibilidad de un proceso tumoral a nivel del vértice pulmonar homolateral (tumor de Pancoast). Ello debe obligarnos a un examen minucioso de la radiografía de tórax, dado que podemos infradiagnosticar este tipo de patología, condicionando la posibilidad de un tratamiento radical y efectivo.

P-962

TUBERCULOSIS PERITONEAL

I Vigil Mejía, M Orgambides Domingo, C Sebastia Puerta

Hospital de Sagunto. Valencia

Palabras Clave: tuberculosis, carcinomatosis, granulomatosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 55 años natural de Marruecos. Consulta en Urgencias por dolor abdominal de mas de 2 años de evolución, que en los últimos 3 días se ha intensificado. Antecedente dolor abdominal en estudio por digestivo de características similares al actual. Presenta dolor abdominal difuso irradiado a espalda. Hemograma, bioquímica, coagulación y orina, incluidas amilasemia y amilasuria normales. La radiografía de abdomen normal. TAC abdominal, hallándose en el mismo ASCITIS y lesiones definidas como OMENTAL CAKE. Ante estos hallazgos, se ingresa a la paciente para estudio a cargo de medicina interna. Al ingreso diagnóstico diferencial entre carcinomatosis peritoneal y tuberculosis peritoneal. Marcadores tumorales negativos, coprocultivos, cultivo de esputo, serología de VIH, anticuerpos ANA y Mantoux negativos y cultivo, citología de líquido peritoneal normal. Se realiza TAC torácico, que muestra múltiples nódulos pulmonares menores de 5mm y varias adenopatías paraaórticas, con derrame pleural izquierdo. Se solicita rastreo mediante PET, que se informa de adenopatías hiliares bilaterales en tórax y grasa mesentérica, compatible con etiología inflamatoria/infecciosa TBC. Se amplía el estudio con PCR en líquido peritoneal para M.Tuberculosis, que resulta negativo. Se decide biopsia de grasa peritoneal mediante laparoscopia y La biopsia evidencia lesiones granulomatosas, compatibles con lesiones por M. Tuberculosis, que es tratada con fármacos antituberculosos por lo que mejora su clínica quedando asintomática.

Conclusiones:

La tuberculosis peritoneal es una patología cuyo origen solemos encontrarlo en la reactivación de un foco peritoneal latente, resultante de una siembra hematógena anterior a partir de una tuberculosis pulmonar o miliar generalizada no necesariamente sintomática y que, por tanto, puede haber pasado desapercibida. Su diagnóstico frecuentemente requiere de intervención quirúrgica para obtener muestras tisulares que muestren el granuloma característico de la entidad, ya que otros procedimientos menos invasivos como el TAC, Mantoux, el análisis y tinción del líquido ascítico, el cultivo del mismo en el medio de Lowestein-Jensen o incluso la PCR para tuberculosis, son en gran número de casos poco concluyentes.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-963

NEUMONITIS INTERSTICIAL EN RELACIÓN CON INFECCIÓN POR VIRUS DE EPSTEIN-BARR

A Garrido Rosado, M García Garzón

Hospital Regional de Málaga. Urgencias Pabellón General. Málaga

Palabras Clave: neumonitis intersticial, virus de Epstein-Barr, insuficiencia respiratoria

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 14 años, sin hábitos tóxicos ni antecedentes médico-quirúrgicos hasta hace 2 meses cuando fue diagnosticada de hepatitis secundaria a Virus de Epstein-Barr, se trató con pauta corticoidea descendente que acabó hace una semana. La paciente acude a urgencias por tos seca, dolor pleurítico y disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos. No presenta fiebre ni otra clínica sobreañadida. La paciente ha permanecido de reposo en cama 2 semanas. A la EXPLORACIÓN: Taquipnea a 16 rpm. Taquicardia a 110 lpm. Discretos crepitantes secos bilaterales de predominio en bases, saturación basal de 94%. ECG ritmo sinusal a 100 lpm sin alteraciones. COMPLEMENTARIAS: -Analítica de sangre con hemograma, y bioquímica normales salvo elevación de enzimas hepáticas (En descenso respecto a previas) -RX: infiltrado difuso bilateral, patrón en vidrio deslustrado. Ante la sospecha clínica de enfermedad intersticial con clínica de rápida evolución, se interconsulta a Neumología. Neumología considera la posibilidad diagnóstica de TEP, se aplica escala de Wells para TEP, 3 puntos, riesgo moderado. Se amplía la Analítica de sangre con Dímero D, resultando positivo, 1450. Ingresa en el área de camas de urgencias, la paciente permanece estable durante la noche, se administra heparina de bajo peso molecular. -Se realiza por la mañana AngioTAC de tórax: Adenopatías subcarínicas e hiliares. Patrón vidrio deslustrado bilateral, con zonas discretamente consolidativo. Confirmando la sospecha inicial de Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa. Reconsultamos con neumología que realiza ingreso a su cargo. Durante el ingreso: Se administran empíricamente Ganciclovir + Levofloxacino + Ceftriaxona. A los 2 días del ingreso se realiza Fibrobroncoscopia para biopsia transbronquial con infiltrado inflamatorio crónico y agregados linfocitarios. Tras la prueba deterioro brusco que precisa ingreso en UCI durante 3 días que no precisa ventilación mecánica. -Batería analítica autoinmune y microbiológica negativa salvo VEB IgG +. Ingreso en planta durante 12 días, con mejoría progresiva clínica y radiológica, hasta ser alta de forma asintomática. No ha precisado tratamiento corticoideo durante su ingreso. Juicio clínico: PROBABLE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA (EPID) TIPO NEUMONITIS INTERSTICIAL LINFOCÍTICA (NIL) EN RELACIÓN CON INFECCIÓN POR VIRUS DE EPSTEIN BARR.

Conclusiones:

La neumonitis intersticial linfocítica es un cuadro muy infrecuente en pacientes jóvenes sin infección por VIH, y presenta una evolución habitualmente lenta.

P-964

SÍNDROME DE LÖEFFLER Y SUBOCCLUSIÓN INTESTINAL POR INFECCIÓN PARASITARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

G Acosta Vargas, M Muro Fernández, A Vicente-Arche Navarro, D Guzmán Rosario, E Arredondo Frías, C Reche Caballero, J Rossiñol Ruiz

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid

Palabras Clave: syndrome Löeffler, parasitic, intestinal subocclusion

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Varón de 76 años, ecuatoriano, residente en España 16 años. Antecedentes: cirugía abdominal por arma blanca (1976). Sin tratamiento habitual. Hace 2 semanas regresó de Ecuador, permaneciendo en zona rural durante 3 meses. Presenta 3 días: dolor abdominal difuso, náuseas, vómitos, deposiciones líquidas verdosas, sensación distérmica, dolor interescapular derecho, tos seca y emisión de gusanos vivos por la boca (± 7 cm longitud). Exploración física: TA: 94/60 FC: 102 SatO₂: 91%, T°: 38.6. AP: crepitantes en ambas bases. Abdomen: RHA aumentados, dolor en mesogastrio. Analítica: leucos: 14.77, neutros: 70%, eosinófilos (11,5%: 0-7), GOT: 152; amilasa: 104; PCR: 13; GSA: pH: 7.36; pCO₂: 38, pO₂: 65; SatO₂: 90%; Na: 137; K: 3,6; Orina normal. Rx abdomen: dilatación de asas de delgado con discreto edema pared. Rx tórax: infiltrados periféricos bibasales. Tac abdominal c/contraste oral e IV: no obstrucción intestinal. El paciente ingresó en medicina interna con sospecha de Sd Löeffler y suboclusión intestinal por infección parasitaria, confirmados con serología positiva para áscaris y strongyloides. En urgencias precisó: ceftriaxona: 2grIV + metronidazol/500mgIV + granisetron: 3mgIV + albendazol 400 mg + líquidos intravenosos y sonda nasogástrica. Ingresado 5 días, además con ciprofloxacino 500mg/12 horas: 1 semana e ivermectina 12mg/día: 2 dosis. Al alta evolución favorable.

Conclusiones:

El presente caso ha sido diagnosticado de síndrome de Löeffler y de suboclusión intestinal, por áscaris y strongyloides, cuyo diagnóstico precoz y tratamiento efectivo han evitado graves complicaciones que requieren actitud quirúrgica inmediata. El síndrome de Löeffler, es poco frecuente y se caracteriza por infiltrados pulmonares uni o bilaterales, periféricos, transitorios y migratorios, asociado a eosinofilia en sangre periférica y síntomas sistémicos variables. La infección parasitaria por Ascaris lumbricoides es responsable de la mayoría de casos. Las infecciones por gusanos adultos provocan además: expulsión de lombrices por la boca, diarrea, cólico biliar, colecistitis, colangitis, pancreatitis, suboclusión y oclusión intestinal que puede complicarse con perforación, intususcepción, vólvulos y rara vez abscesos intrahepáticos. La biopsia pulmonar es el gold standard en el diagnóstico, no siendo necesaria, cuando hay visualización directa del gusano, ó mediante estudio: analítico, coproparasitario, serológico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

gico e imagenológico. La evolución de ambas patologías generalmente es buena, tras una terapia apropiada, pero deben hacerse evaluaciones periódicas, por la ocurrencia de eventuales recaídas.

P-965

EL GRAN SIMULADOR: MIXOMA AURICULAR

T Pablos Pizarro, M Gil Mosquera

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Palabras Clave: hemoptysis, myxoma, embolism

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 37 años en estudio de enfermedad intersticial pulmonar es valorado en Urgencias tras triaje rojo según sistema Manchester en relación a hemoptisis amenazante que requiere intubación orotraqueal, ventilación mecánica y embolización de arteria bronquial izquierda tras TAC torácico informado como consolidación paramediastínica izquierda en relación con hemorragia pulmonar con vasos prominentes en el seno de la consolidación, sin identificar origen del sangrado y TEP lobar superior derecho. Persistiendo inestabilidad hemodinámica se decide realización ETE: Imagen bilobulada móvil en aurícula derecha, con pedículo localizado a nivel de la desembocadura de cava superior derecha en AD. VD dilatado e hipoquinético con disfunción severa. Durante su estancia posterior en UVI el paciente permanece inestable con insuficiencia respiratoria global de causa mixta: TEP; infartos pulmonares, hemorragia pulmonar y atelectasia que condiciona cuadro de fracaso multiorgánico que finaliza en éxitus.

Conclusiones:

El mixoma auricular es considerado actualmente el tumor cardíaco más frecuente, de comportamiento benigno y hasta un 80% de localización auricular izquierda. Se presenta entre la tercera y la sexta década de la vida, mayor prevalencia en mujeres. Siendo más frecuente el de aparición aislada que el hereditario. Denominados los grandes simuladores de la semiología cardíaca por la clínica secundaria a la obstrucción del flujo sanguíneo intracardiaco: hipertensión arterial, disnea, hemoptisis, ortopnea, taquicardia, mareos, síncope, edema periférico, etc. Se acompaña de sintomatología sistémica con fiebre, artromialgias, debilidad, alteraciones analíticas (anemia), marcadores inflamatorios (VSG, proteína C reactiva) o inmunológicos (ANA, factor reumatoide), y niveles plasmáticos elevados de IL-6. Asimismo se caracteriza por presentar fenómenos tromboembólicos que en nuestro caso al localizarse en el corazón derecho causará embolias pulmonares de repetición e hipertensión pulmonar severa. El riesgo de muerte súbita es de un 30%. La esperanza de vida en el curso natural de la enfermedad no supera los 2 años a partir de la fecha de inicio de los síntomas. La muerte de los pacientes se asocia generalmente con émbolos tumorales y clínica cardíaca. Su tratamiento es la exéresis completa del tumor. Recidivas postoperatorias en un 1-2% de los casos del mixoma aislado y en un 12-22% en los síndromes hereditarios.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-966

DOLOR ABDOMINAL EN PACIENTE CON TRASTORNO DE LA COAGULACIÓN

MB Molto García, IM Fernández Guerrero, Al Mora Gómez, J Roca Guiseris

Hospital Virgen de las Nieves. Granada

Palabras Clave: venus intestinal ischemia, pulmonary embolism, idiopathic thrombocytopenic purural

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 17 años que acude al servicio de urgencias por varios episodios de epistaxis no controladas y posterior aparición de lesiones petequiales en MMII. Tras su ingreso en Hematología finalmente se diagnostica de purpura trombocitopénica idiopática. Durante su ingreso se procede a esplenotomía sufriendo en el postoperatorio trombosis portal. Se decide estudio de coagulación donde se objetiva estado protombótico por mutación del gen MTHFR homocigoto y heterocigoto del gen factor XII. Dada de alta ingresa en el servicio de urgencias por episodio de disnea junto con dolor pleurítico de varios días y tras realización de angioTC de tórax se diagnostica de TEP masivo bilateral, con extracción de trombo intraventricular derecho mediante cirugía con circulación extracorporea. Se deriva al Hospital 12 de octubre donde se sometió a trombectomía pulmonar bilateral, con exéresis de trombo auricular derecho. La paciente se mantiene estable durante el año 2015 pero acude en febrero de este año por episodio de varios días de evolución, de dolor abdominal que se intensifica junto con vómitos cuantiosos. La paciente se encontraba consciente, colaboradora, bien perfundida, taquicárdica, sin trabajo respiratorio con abdomen blando, depresible y doloroso a la palpación en epigastrio y marco cólico pero sin signos de peritonismo. Ante la refractariedad al tratamiento sintomático, se procede a realización de AngioTC de abdomen diagnosticándose de isquemia intestinal que afecta a asas de íleon en hipogastrio, de etiología venosa. La paciente es intervenida(resección intestinal de delgado 2m) e ingresada en UCI donde se mantiene estable. La paciente evoluciona favorablemente y se procede al alta a domicilio.

Conclusiones:

Las manifestaciones trombóticas que suceden en la edad adulta, pueden relacionarse con la cirugía o los anticonceptivos, pero en muchos casos no se reconoce causa asociada. Estos pacientes con episodios trombóticos de origen congénito deben ser anticoagulados, según el criterio del médico especialista en cada caso. Entre las complicaciones que tienen lugar en los pacientes con trastornos de la coagulación, se encuentran el tromboembolismo pulmonar y cerebral, de ahí nuestro interés de que no debemos dejar de pensar que otras de las complicación, aunque menos frecuentes, son isquemias de origen abdominal.

P-968

PACIENTE POSTQUIRÚRGICA CON EDEMA BILATERAL DE EXTREMIDADES

A Esteban Villacampa, C Greoles Royo, J Alcalá Aniento, O Montes Pineda, M González Marin, P Villavicencio Lujan, M Arenas Prat

Hospital del Vendrell. Nulles, Tarragona

Palabras Clave: celulitis, obesidad, ultrasonografía doppler

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 60 años con antecedentes de hipertensión, hipercolesterolemia y obesidad intervenida de prótesis de cadera derecha 20 días antes de la visita a urgencias. Actualmente en tratamiento con analgesia y clexane 40 además de su medicación habitual. Consulta por cuadro de 4 días de evolución de edema bilateral de extremidades inferiores principalmente en lado derecho sin fiebre. Estable hemodinámicamente y afebril, exploración sin signos de insuficiencia cardíaca, en extremidades inferiores edema bilateral hasta 1/2 de muslo con calor, rubor y dolor a la palpación de predominio derecho, homans derecho positivo, pulsos distales conservados débiles y simétricos, no dolor a la palpación ni a la movilización de cadera derecha. Analíticamente 7630 leucocitos con 74% de neutrófilos, PCR 13, mg/L, D-dímero 1,92mg/dl, creatinina 1,89 mg/dL y urea 113 resto sin alteraciones significativas. Se realizó una eco-doppler bilateral en el servicio de urgencias que resultó normal descartando trombosis venosa profunda orientándose como posible celulitis versus linfedema bilateral y se comenzó tratamiento antibiótico. Al día siguiente solicitamos a radiología un eco-doppler que corroboró nuestro diagnóstico. La paciente ingresó a planta allí se realiza TAC abdominal y torácico normales y se continúa con tratamiento antibiótico oral tópico presentando una buena evolución con alta 4 días después y controles en consultas externas de cirugía.

Conclusiones:

La celulitis es una infección del tejido celular subcutáneo apartir de lesiones en la piel, se trata de un diagnóstico relativamente frecuente en urgencias lo extraordinario del caso es que se trata de una celulitis bilateral. Obesidad puede ser un factor predisponente para padecer celulitis. Disponer de un ecógrafo en el área de urgencias ayuda al diagnóstico y tratamiento precoces en hospitales comarcales que no disponen de radiólogo de guardia.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-969

SHOCK SÉPTICO, PROBABLEMENTE SECUNDARIO A MIOPERICARDITIS

M Vélez Armas (1), F Sosa Pérez (1), M Guardia Gil (1), A Manzano Sánchez (2), P Rosas Bermúdez (1), J del Vecchio (3)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Insular, (2) C.S. San Gregorio, (3) C.S. Doctoral. Cruce Arinaga. Agüimes, Las Palmas

Palabras Clave: choque séptico, pericarditis, dolor en el pecho

Historia clínica:

Motivo de consulta: Síncope y TCE. Historia clínica ? Antecedentes personales: dislipemia, bulimia, sífilis tratada. Hepatitis B pasada. Anamnesis: varón de 36 años trasladado desde centro de salud al hospital por episodio de síncope.

Conclusiones:

La sepsis es la enfermedad más prevalente en las UCIs con una tasa de mortalidad muy elevada, situándose en 2005 en España > 47 %. Desde los servicios de urgencias es muy importante su rápida identificación con tratamiento inmediato, así como la correcta toma de muestras y no retrasar el tratamiento con antibióticos, ya que ello aumenta la mortalidad. La supervivencia aumenta con el diagnóstico precoz y tratamiento inmediato. El tiempo es vida.

P-970

NEUMONITIS POR METOTREXATO, UNA GRAN DESCONOCIDA CON REPERCUSIÓN MORTAL

JA Sánchez Nicolás (1), MJ Martínez Valero (1), MP Suárez Beke (1), P Lázaro Aragüés (1), N Rodríguez García (1), A Enciso Espinosa (2)

(1) Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia., (2) Universidad de Murcia

Palabras Clave: neumonitis, metotrexato, artropatía

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón 50 años, acude por tos seca no productiva, sensación disneica y distérmica de 4 días. Su Médico de atención primaria prescribió Algidol® sin mejoría; Acude por aumento de disnea hasta hacerse de moderados esfuerzos. Antecedentes personales: Fumador 20 cigarrillos/día, Dislipemia, Artritis psoriásica mutilante en seguimiento por reumatología. Agricultor Tratamiento crónico: Atorvastatina 20mg, y otro fármaco que no recuerda. Exploración física: 120/75mmHg, Frecuencia cardiaca 100lpm, Frecuencia respiratoria 22rpm, pulsioximetría 90%, temperatura 38,9°C. Consciente y orientado, ligera cianosis, normohidratado y normonutrido, Carótidas simétricas, sin soplos. ORL: faringe hiperémica sin exudados. Auscultación cardiaca: rítmica, sin soplos ni ruidos. Auscultación pulmonar: Crepitantes secos bibasales. Abdomen:normal. MMII: No edemas ni signos de Trombosis venosa profunda. Lesiones escamosas en rodillas, codos y retroauriculares. Manos: desviación en ráfaga de las falanges con acortamiento del cuarto dedo de mano derecha. Gasometría arterial: Ph7,31, Pco2 35, Po2 59,8, So2 89,3. Analítica: discreta leucocitosis con desviación izquierda y eosinofilia, resto normal incluido Dimerod y ProBNP. Radiografía tórax: Senos libres, no consolidaciones ni infiltrados. Tras valorar tratamiento con metotrexato, pensamos en posibilidad de neumonitis secundaria a metotrexato. Se extraen: hemocultivos y urocultivos(infecciones oportunistas), iniciamos oxigenoterapia, antibioticoterapia empírica, corticoterapia y suspensión de metotrexato. Se ingresa en planta para valorar evolución. Juicio clínico: Neumonitis secundaria a metotrexato. Ingreso: cultivos negativos y mejoría evidente del paciente se decide alta hospitalaria y control por reumatología. El metotrexato es uno de los agentes más utilizado en la modificación del curso de la enfermedad reumática inflamatoria(artritis reumatoide). El efecto tóxico sobre el pulmón es la neumonitis. La clínica: tos no productiva, disnea, fiebre, auscultación de crepitantes, taquipnea, radiografía de tórax normal durante los primeros 3-14días; signos y síntomas muy frecuentes en pacientes que acuden a los servicios de urgencias. Radiológicamente puede ser normal, no descartando afectación intersticial.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

Conclusiones:

Aumento de incidencia de enfermedades reumáticas tratadas con metotrexato. Despistaje de microorganismos oportunistas (misma clínica). Importancia de historia clínica ya que clínica tan común y desconocimiento del tratamiento, se puede pasar este cuadro con repercusión mortal. Importancia de conocer esta patología no por su frecuencia sino por su gravedad.

P-971

PARADA CARDIORRESPIRATORIA POR EMBOLISMO AÉREO IATROGÉNICO

L Ferrer Caballé, C Ramió Lluch, P Ortiz Ballujera, D García Pares

Hospital Josep Trueta. Girona

Palabras Clave: embolismo aéreo, parada cardiorrespiratoria, iatrogenia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Se presenta el caso de una mujer de 50 años, con antecedente de neoplasia de recto operada, portadora de ileostomía con fístula recto-vaginal como complicación. Estaba en tratamiento con Gastrografin® oral y enemas rectales para preparación de colono-TC, refería cefalea, náuseas, vómitos sin fiebre y metrorragia hacía 5 días. Durante el colono-TC, repentinamente, presenta bajo nivel de conciencia y se traslada a Urgencias. No se había administrado contraste endovenoso, sólo aire ambiente vía rectal. En la exploración física destaca mal aspecto general, palidez cutánea, cianosis acral, importante rigidez facial, trismo severo e ingurgitación yugular; auscultación cardiorrespiratoria con tonos cardíacos rítmicos pero apnea. Por sospecha de crisis comicial se administró benzodiacepina endovenosa, pero a los 10 minutos presentó asistolia, se inició reanimación cardiopulmonar e intubación orotraqueal. En el electrocardiograma posterior mostraba BBDHH y descenso del ST en cara anterolateral. El estudio analítico, tomográfico, ecocardiográfico y cateterismo coronario descartaron causa metabólica, séptica, anafiláctica, tromboembolismo pulmonar, trombosis coronaria y patología cerebrovascular. En urgencias presentó 5 episodios de disociación electromecánica con un tiempo total de paro cardiorrespiratorio de 25 minutos, ingresó en UCI y se completó estudio con electroencefalograma, tomografía y resonancia cerebral, donde destacaba extensos infartos superficiales y profundos de predominio hemisferio derecho. Orientación diagnóstica final fue de posible embolismo aéreo venoso iatrogénico por absorción vaginorectal con embolización pulmonar como causa de la PCR y, secundariamente, encefalopatía hipóxica isquémica. Se trasladó a medicina interna con clínica de hemiplejía izquierda y paresia brazo derecho y se derivó a centro neurorehabilitador.

Conclusiones:

El embolismo aéreo venoso es una entidad poco frecuente, pero potencialmente catastrófica, se genera cuando entra aire a la circulación venosa sistémica y llega a la circulación pulmonar a través del ventrículo derecho. Consecuentemente, se altera la ventilación-perfusión pulmonar, aparece sobrecarga ventricular derecha, disminución del débito cardíaco y disminución de la perfusión cerebral con coma. Las causas más frecuentes son cirugía, intervenciones vasculares, insuflación mecánica de aire y barotraumatismos. El diagnóstico es de exclusión y es necesario alto índice de sospecha.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-972

TROMBOSIS PORTAL TRAS ESPLENECTOMÍA

S Moreno Ramírez, S Daza Pozo, P Redondo Galán, P Valiente Maresca, R Rubio Díaz, JA Rodríguez Alen

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

Palabras Clave: venous thrombosis, portal vein, spleen

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Varón de 58 años hipertenso, dislipémico y con esplenectomía laparoscópica hace siete días por hemangioma esplénico. Acude a urgencias por dolor abdominal inespecífico de dos días de evolución acompañado de hiporexia y febrícula. Niega otra clínica acompañante. El paciente se encuentra hemodinámicamente estable. A la exploración presenta dolor a la palpación difusa abdominal sin signos de peritonismo. El resto de la exploración física es normal. En la analítica presenta una función renal, perfil hepático y pancreático normales, proteína C reactiva (PCR) de 32, leucocitosis de 13.000 (fórmula normal), plaquetas 520.000 (previas 358.000). Las radiologías de tórax y abdomen no presentan hallazgos de interés. Dada la inespecificidad de los resultados de las pruebas complementarias y el antecedente reciente de cirugía abdominal se solicita ecografía abdominal ampliándose finalmente con estudio de tomografía computarizada (TAC) por dudas diagnósticas y donde se evidencia una trombosis de la vena porta derecha intrahepática. Tras los resultados se inicia tratamiento con heparina de bajo peso molecular (HBPM) a dosis anticoagulantes y se ingresa al paciente como complicación postquirúrgica para ver evolución. A los tres días de ingreso, permaneciendo el paciente estable sin ninguna incidencia se decide alta con continuación de tratamiento anticoagulante y cita en consultas de hematología para control de anticoagulación en función de la evolución radiológica.

Conclusiones:

La incidencia de la trombosis portal post esplenectomía oscila entre el 1-20%. El diagnóstico es entre 2-22 días tras cirugía abierta y entre 4-14 días tras laparoscopia. Los factores de riesgo asociados a trombosis portal son las enfermedades hematológicas de base, el tamaño del bazo, estados de hipercoagulabilidad, la técnica laparoscópica por el neumoperitoneo que produce cambios en la presión intraabdominal con disminución del flujo en el sistema portal y estasis venosa. Son factores predictivos de trombosis portal post esplenectomía, la leucocitosis, trombocitosis y aumento de PCR. El desplazamiento del trombo hacia la vena mesentérica es la complicación más grave, produciendo isquemia mesentérica con mal pronóstico. El tratamiento es la anticoagulación que si se inicia en los diez días post esplenectomía permite una evolución satisfactoria produciéndose la recanalización entre el 70-90% de los casos. Existe recomendación para profilaxis anticoagulante post esplenectomía.

P-973

PRESENTACIÓN INFRECIENTE DE EPOC

MM García Alonso, B Martín Pérez, G Alonso Servi, P Gutiérrez García, H Bergaz Díez, EP Melo Toledo, MJ Rubio González

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Palabras Clave: hemoptisis, etiología, enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 51 años que acude al SUH refiriendo desde hace unas horas accesos de tos con expectoración sanguinolenta, sin dolor torácico ni fiebre. No presenta signos de inestabilidad hemodinámica y en auscultación existen crepitantes en base izquierda. También comenta pérdida ponderal de 10 kilos en el último año. Durante la entrevista sufre un nuevo episodio de tos y se recogen 30 cc de esputo hemoptoico. Como antecedentes:ulcus gastroduodenal con hemorragia digestiva alta en 2002, fumador de 20 cigarros/día y trabaja en una granja avícola. P. complementarias: Rx tórax:patrón en vidrio deslustrado y dudosa imagen retrocardiaca. Analítica:sin leucocitosis ni anemia ni alteración de la coagulación.PCR<1. Diagnóstico diferencial: Neoplasia. Infecciosa:neumonía típica y atípica (TBC, aspergilosis, psitacosis por la exposición ocupacional). Autoinmune:Goodpasture,neumonitis lúpica,Wegener,Huges-Stolvin,... Hematemesis. Criptogenética. Se coloca al paciente en decúbito lateral izquierdo.Se cuantifica la hemoptisis y se monitoriza la oximetría, TA y FC. Se cubren boca y nariz con mascarilla por riesgo infecto-contagioso y se inicia antibioterapia empírica. Ante la posibilidad de sangrado mayor de 100 mL/día y el riesgo de etiología infecciosa se decide ingreso en Neumología con aislamiento aéreo. TAC tóraco-abdominal:infiltrados pulmonares parcheados. Broncoscopia: Sangrado moderado de lóbulo inferior izquierdo. BAS y BAL:no malignidad. Cultivo de micobacterias y Quantiferón negativo.Analítica con autoinmunidad negativa. Serología de legionella, neumococo y atípicas (incluida clamidias) negativas.

Conclusiones:

Diagnóstico: Hemoptisis criptogénica como primera manifestación de EPOC. Prescripción terapéutica: Levofloxacino y amoxicilina-clavulánico empíricos. Pronóstico:bueno, siempre que el paciente deje de fumar. Conclusiones: El manejo de la hemoptisis activa en urgencias incluye la valoración del riesgo de sangrado moderado-masivo mediante la cuantificación y velocidad del sangrado y la capacidad funcional respiratoria del paciente. Dada la diversidad de etiologías, debe realizarse una primera aproximación diagnóstica que nos indique la necesidad de manejo hospitalario, ya sea por la gravedad de la patología subyacente (TEP) como por el riesgo de enfermedad infecto-contagiosa (TBC,neumonías). Para ello los antecedentes epidemiológicos, tóxicos y la RX tórax son



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

las armas básicas de que disponemos en urgencias. La fibrobroncoscopia es una técnica fundamental en el manejo de hemoptisis activa, de la cual no se dispone habitualmente en urgencias. Con ella podemos identificar la causa del sangrado, ubicarle y controlarlo. Respecto a la hemoptisis criptogénica en la EPOC se asocia con buen pronóstico. La mortalidad es baja y las recurrencias una vez resuelta, raras.

P-974

HERNIA PULMONAR ESPONTÁNEA

A Mauri Cardona, CA Rinaldi

Hospital Marina Salud. Dénia, Alicante

Palabras Clave: hernia lung, intercostal muscle, rupture spontaneous

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Historia actual: Paciente hipertenso, dislipémico, EPOC que consultó en Centro de Salud por un cuadro de disnea, tos y expectoración de 10 días de evolución tratado con amoxicilina y no ha mejorado. Desde ayer presenta dolor aumenta con la respiración profunda y lo focaliza a nivel de la parte lateral de hemitórax izquierdo, es remitido al servicio de URGENCIAS. Exploración física: ? Buen estado general, con buena coloración de piel y mucosas, normoperfundido, eupneico en reposo. No se objetivan ningún signo cutáneo sugerente de patología respiratoria. ? Pecho de forma normal sin deformidades aparentes con movimientos respiratorios de profundidad y regularidad normal, sin objetivarse un aumento del trabajo respiratorio. PALPACIÓN ? Expansión torácica entre 2-5 cm, simétrica y sin alteraciones aparentes. ? No se palpan adenopatías laterocervicales ni supraclaviculares AUSCULTACIÓN ? Hipofonía generalizada. ? Murmullo vesicular muy disminuidos en ambas bases pulmonares. ? No se objetiva la existencia de runcus, sibilancias, ni crepitaciones, ni la movilización de secreciones con la tos. ? No se objetiva la existencia de una hiperreactividad bronquial con desencadenamiento del reflejo de la tos con la inspiración profunda. Pruebas complementarias: Laboratorio: Hemograma: Muestra escasa elevación de reactantes de fases aguda. Gasometría sin alteraciones. Se solicita Rx de tórax: Hiperinsuflación de ambos campos pulmonares, mediastino sin alteraciones. Se aprecia estructura radio-lúcida por fuera de borde costal de últimas tres costillas de lado izquierdo compatible con Hernia pulmonar. Por estos hallazgos se solicita TAC e interconsulta con Cirujano torácico. POr este método se confirma la sospecha de Hernia pulmonar espontánea, el paciente fue intervenido de esta patología, sin complicaciones.

Conclusiones:

Las hernias pulmonares son entidades infrecuentes. La primera descripción de la hernia pulmonar fue realizada por Roland¹ en 1499 y desde entonces se estiman menos de 300 casos descritos, aunque la estimación de la prevalencia es difícil debido a la comunicación de casos aislados o series de casos. La herniación pulmonar fue clasificada por Hiscoe y Digman en hernias congénitas (18%), hernias adquiridas traumáticas (52%) y hernias adquiridas no traumáticas o espontáneas (30%). Existen controversias sobre el tratamiento de la hernia pulmonar, indicándose la reparación quirúrgica cuando son de gran tamaño, sintomáticas o presentan complicaciones, mediante un cierre primario o con material sintético o autólogo en defectos de la pared torácica de mayor tamaño.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-976

SHOCK ANAFILÁCTICO POR HIDATIDOSIS, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

E Piñero Flores (1), M Ruiz Ojeda (2), F Rico Rodríguez (3), R Hidalgo Gil (4), M Blanca Segura (4), I Robledo Migallón (4), A López Sánchez (4)

(1) Centro de Salud de Ubrique. Cádiz (2) Hospital Comarcal Valle de los Pedroches. Córdoba, (3) Hospital Comarcal Valle de los Pedroches. Córdoba (4) Hospital Santa Bárbara. Puertollano

Palabras Clave: hydatidosis, shock, anaphylaxia

Historia clínica:

Varón de 33 años, sin antecedentes de interés ni alergias conocidas. Acudió a un servicio de urgencias hospitalarias por dolor de tipo cólico en hipocondrio derecho de unas 12 horas de evolución, sin irradiación y que aumentaba con la inspiración y el movimiento. Inicialmente presentaba una tensión arterial de 110/70, una frecuencia cardíaca de 85 latidos por minuto, estaba afebril y tenía dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho, con Murphy negativo. Mientras se esperaban los resultados de las pruebas analíticas y de imagen solicitadas, el paciente desarrolló un cuadro de intenso dolor en hipocondrio derecho acompañado de hipotensión, rash facial y prurito generalizado e intenso, de varios minutos de duración. Ante este empeoramiento brusco se pautó sueroterapia, oxígeno a alto flujo y corticoides intravenosos remontando la tensión y desapareciendo el rash y el prurito. Las pruebas complementarias obtenidas con posterioridad y que incluían hemograma, bioquímica, hemostasia, radiografía de tórax y electrocardiograma fueron normales. Se solicitó tomografía axial computerizada abdominal que objetivó en el segmento 6, próximo a la superficie hepática, un quiste hidatídico bilobulado de 9x5x9 cm, con imagen radiológica compatible con rotura del mismo. En los días siguientes se realizó quistoperiquistectomía parcial, con esterilización del quiste, realizándose colangiografía intraoperatoria que no mostró defectos de repleción, siendo su posterior evolución satisfactoria.

Conclusiones:

La rotura espontánea o traumática de un quiste hidatídico es una de las causas de shock anafiláctico. También se puede provocar anafilaxia por la migración, poco habitual de un quiste hepático a través del diafragma hacia la cavidad pleural. La anafilaxia se produce por la salida del líquido fuera del quiste provocando una reacción inmunológica de tipo inmediato o tipo 1 mediada por IgE. Estas inmunoglobulinas que se combinan con el antígeno liberado del quiste, se fijan en los mastocitos y basófilos produciendo su degranulación y la posterior salida de sustancias vasoactivas: histamina, eosinófilos, factores activadores de plaquetas, metabolitos del ácido araquidónico. Estas sustancias son las responsables del cuadro clínico, que oscila desde una urticaria hasta un shock anafiláctico, dependiendo entre otros factores, de la sensibilidad individual (atopia) y de la cantidad y rapidez de absorción del antígeno liberado. El diagnóstico clínico de sospecha debe ser apoyado con técnicas de imagen. El tratamiento de elección del quiste hidatídico es la extirpación quirúrgica.

P-977

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CON DíMERO D NEGATIVO

A Casal Calvo, JL Cepeda Blanco, A Aldama Martín, A Asturias Saiz, M Santos Gravalosa, N Otero Cabanillas, R López Sánchez

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras Clave: embolia pulmonar, disnea, alcalosis

Historia clínica:

Mujer de 62 años que como antecedentes personales destacan ex fumadora desde hace 20 años con IPA de 20 paquetes-año y síndrome ansioso depresivo en tratamiento con citalopram y loracepam. Acude por cuadro de un mes de evolución de disnea progresiva hasta hacerse de reposo en las últimas 48 horas. No refiere dolor torácico ni palpitaciones. Niega ortopnea, DPN, edemas u oliguria. No clínica catarral. En estas últimas semanas ha estado expuesta a factores estresantes en el trabajo. EF: afebril, TA 120/75, FC 95, FR 22, Sat O2 88 %. Buen estado general, normocoloreada, bien hidratada y perfundida. Ligero incremento de la PVY, ACP rítmica sin soplos con buena ventilación bilateral sin ruidos sobreañadidos. Abdomen anodino. No edemas en extremidades ni signos de TVP. Se realizan las siguientes pruebas complementarias: Hemograma y bioquímica sin alteraciones. Coagulación: TP 70%, TTPA 45, Dímero D 380. Gasometría arterial: pH 7.455, PCO2 33, pO2 55 HCO3 22, sat 89%, ECG: Ritmos sinusal a 110 lpm, patrón S1Q3T3. Rx Torax: No condensaciones ni derrame pleural. No signos de redistribución vascular. Ante la sospecha de tromboembolismo pulmonar por la clínica, ECG y datos gasométricos compatibles (Escala de Wells 3, riesgo intermedio. Escala de Ginebra 6, riesgo intermedio), se realiza angioTAC donde se objetivan signos radiológicos de TEP bilateral agudo/crónico con datos de hipertensión pulmonar y sobrecarga derecha, por lo que se confirma el diagnóstico y se inicia tratamiento anticoagulante con perfusión de heparina sódica. Una vez estabilizada la paciente es ingresada para continuar tratamiento y control evolutivo.

Conclusiones:

La incidencia del TEP es de 1 caso/1.000 hab/año. En España es la tercera causa de muerte, con una mortalidad global de unos 20.000 pacientes/año. Es una patología que debemos de tener cuenta en urgencias ya que su sintomatología es inespecífica, al igual que las pruebas complementarias básicas, por lo que su diagnóstico es difícil. Es recomendable estimar la probabilidad clínica mediante escalas como la de Wells o la de Ginebra y seguir algoritmos diagnósticos propuestos. El Dímero D negativo (<500) tiene un alto valor predictivo negativo pero en pacientes con alta probabilidad clínica no excluye el diagnóstico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-978

LA RADIOGRAFÍA DIAGNÓSTICA

C Celada Roldan (1), V Madrid Ferreiro (2), A Cordovilla Moreno (2), C García Balsalobre (3), M García Aroca (4), J García García (5), E Sánchez Pablo (5)

(1) Centro de Salud los Dolores, (2) HUSL, (3) Centro de Salud San Antón, (4) Centro de Salud El Algar, (5) Centro de Salud Cartagena Este. Cartagena, Murcia

Palabras Clave: dolor hombro, radiografía, cáncer

Historia clínica:

Enfermedad actual: Varón de 50 años que refiere empeoramiento de dolor en hombro izquierdo postraumático de una semana de evolución sin limitación funcional pese a tto conservador pautado por médico de cabecera. Niega dolor torácico, disnea ni síndrome constitucional. Antecedentes personales: HTA controlado con ARAII, fumador activo de 35 paq-año. Evolución: Se realiza Rx de hombro en la cual se objetiva de forma casual una consolidación apical en el pulmón izquierdo por lo que se le deriva a atención especializada para completar el estudio. Exploración física: Buen estado general con constantes normales. Moderada disfonía. Dolor en hemitorax izquierdo con irradiación a hombro pero sin limitación de movimientos activos/ pasivos. Signo de Apley negativo y negatividad de signo del brazo caído. Fosa supraclavicular izquierda empastada. No palpación de adenopatías cervicales ni supraclaviculares. Resto anodino. Pruebas complementarias: Rx de tórax. Consolidación apical en el pulmón izquierdo. Analítica: Sin alteraciones LDH: 354.TAC/PET-TAC: Masa en el mediastino anterior, prevascular izquierda lobulada, de densidad,heterogénea con calcificaciones en su interior que mide 8,47 x 7,52 x 9,53 cm con infiltración vascular y varios adenopatíasparatraqueales bilaterales y subcarinales Atelectasias subsegmentarias en el III y llingula. Biopsia::CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE CÉLULAS INTER-MEDIAS. Mide 9,85 x 8,35x 10,65cm con un SUVmx de 12,20 y uan adenopatía prevascular. Ecografía de cuello: No se observan adenopatías. TAC DE SNC: No se observan metástasis Juicio clínico: Carcinoma neuroendocrino de células intermedias. Diagnóstico Diferencial: Tendinitis de manguito rotadores, neumonías, neoplasia, atelectasia y de etiología Mediastínica (Timomas, linfomas, teratomas, neoplasias pulmonar de localización central).

Conclusiones:

El carcinoma neuroendocrino de células intermedias es un tumor poco frecuente que da poca clínica hasta estadios avanzados y con un pronóstico generalmente malo a corto-medio plazo. Importancia de no infradiagnosticar síntomas ya que en ocasiones se puede enmascarar procesos importantes con pronostico comprometido para nuestros pacientes.

P-979

LA CID DE NUESTRA JEANNE D ARC

VE Pacheco Barcia, JM Galván Román, A Gutiérrez García, B Vera Cea, I Guerra Molina, C del Arco Galán

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

Palabras Clave: infecciones meningocócicas, shock séptico, coagulación intravascular diseminada

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: La enfermedad meningocócica invasiva (EMI) a pesar de los avances microbiológicos y en el tratamiento antibiótico, ocasiona elevada mortalidad y morbilidad. Representa una forma extrema de sepsis y coagulopatía inducidas por endotoxinas que requiere un elevado nivel de sospecha para su diagnóstico. Más del 90-95% están sanos en el momento de la enfermedad y ésta puede provocar la muerte en menos de 24 horas. OBJETIVO: Describir la EMI como una causa poco frecuente de shock séptico y la importancia de su manejo y diagnóstico precoz en un servicio de urgencias (SU). La ausencia de focalidad neurológica genera una dificultad sobreañadida a la hora de realizar un diagnóstico de presunción de la EMI. PACIENTE y MÉTODO: Presentamos a una mujer de 56 años que acude al SU por fiebre de 12 horas de evolución y clínica respiratoria. Se activa código sepsis, encontrándose con mal estado general, hipotensa y con bicitopenia grave analítica, con una Procalcitonina elevada (6,05ng/mL). Se inicia resucitación con líquidos y tratamiento antibiótico de amplio espectro, pero evoluciona de manera rápida a shock séptico. Descartada enfermedad hematológica aguda y centrando el diagnóstico de presunción en shock séptico de probable origen respiratorio, la paciente ingresa en la UCI a las 3 horas de su llegada al SU. RESULTADOS: Durante las primeras horas de fallo multiorgánico desarrolla coagulación intravascular diseminada (CID) y como consecuencia, gangrena de manos y pies, y necrosis renal cortical bilateral. Ante la ausencia de clínica neurológica, no se realizó punción lumbar. Menos de 48 horas después de su llegada se reciben los hemocultivos , positivos para Neisseria meningitidis serogrupo C multisensible por lo que se desescala y presenta evolución favorable, muy lenta y progresiva.

Conclusiones:

Una progresión clínica del SIRS a sepsis severa y shock séptico posterior incrementa la prevalencia de la CID, de la disfunción orgánica y del riesgo de éxitus, por ello debe siempre ser tratada como una emergencia médica. Actualizar los criterios de CID y fomentar su uso asociados al código sepsis podría mejorar el pronóstico de los pacientes sépticos en los servicios de urgencias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-981

UNA HERNIA DIAFRAGMÁTICA INOCENTE. . . ¡SEPSIS GRAVE!

**P Bustamante Marcos (1), N Vicario Jiménez (1), C Peña Busto (1),
I Álvarez Nozal (2), M García Alonso (3), T Salado García (4)**

(1) Hospital de los Santos Reyes. Aranda de Duero, (2) SUAP Aranda Sur, (3) C.S. Arturo Eyries, (4) C.S. Cigales. Valladolid

Palabras Clave: sepsis, hernia diafragmática, hemoneumotórax

Historia clínica:

Mujer de 55 años sin alergias medicamentosas, obesa, hipertensa, con anemia hemolítica autoinmune, hipercolesterolemia e hipotiroidismo. Intervenido de colecistectomía y esplenectomía. En tratamiento con pravastatina 20mg, levotiroxina 100mcg y enalapril-hidroclorotiazida 20/12,5mg. 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. EXPLORACION FÍSICA: Tensión arterial: 112/69mmHg, 110lpm, 30rpm, 37,9°C, saturación O₂: 82% y 110kg 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, petitonismo difuso. Extremidades: edemas con fóvea. 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: 3,33mcg/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 1g iv, amoxicilina-clavulánico 2g 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%.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-982

¡DOCTORA, MI TOS Y FEBRÍCULA NO DESAPARECE!

MP Lora Coronado, ML Millán Montilla, J Aznarez Adelantado

Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras Clave: fiebre, sarcoidosis, condensación

Historia clínica:

Paciente de 52 años, fumadora, asma bronquial, que acude por cuadro de tos productiva, sensación disneica y febrícula de 2 semanas de evolución, que no evolucionaba favorablemente a pesar de tratamiento previo con azitromicina y cefditoreno, además de broncodilatadores inhalados y corticoides orales. Previamente había tenido otro episodio similar tratado con levofloxacino y azitromicina. ACR: hipoventilación bibasal y subcrepitantes hasta campos medios bilaterales, no sibilantes. Adenopatías laterocervicales en cadena yugular anterior, no dolorosas. Analítica: leucos 13,300, plaquetas 515,000, ATP 72%, DD 1484, Bioquímica normal, troponina 1,24, GSA ph 7,51, pCO2 30, PO2 72, SAT O2 95%. ECG: RS a 70 lpm, BRD, mínimo descenso ST en V5-V6. En radiografía de tórax, se evidencian condensaciones bilaterales, derrame pleural bilateral escaso. Se consulta con UCI y Medicina Interna y se decide realización de AngioTac de tórax, sin apreciar defectos de repleción en arterias pulmonares, moderado-severo derrame pleural bilateral, atelectasias en ambos lóbulos inferiores, múltiples adenopatías mediastínicas hiliares bilaterales e interbronquiales, micronódulos típicos de probable diagnóstico de sarcoidosis. Se ingresa a la paciente en planta de neumología para completar estudio, se realiza ecocardiograma con disfunción sistólica moderada de VI con alteración de contractibilidad segmentaria (compatible cardiopatía isquémica vs sarcoidosis). Estudio microbiológico negativo, estudio inmunológico: IgE total 158, enz convertidora angiotensina 45. Se da el alta finalmente a la paciente con tratamiento con corticoides orales y revisión en consultas con diagnóstico confirmado de sarcoidosis pulmonar estadio II.

Conclusiones:

Ante clínica aparentemente de etiología infecciosa (tos, disnea, fiebre), con estudios complementarios que apoyan el diagnóstico (leucocitosis, neutrofilia, infiltrados alveolares bilaterales), que no mejoran con tratamiento antibiótico, debemos de plantear diagnósticos diferenciales, con otros procesos inmunológicos, inflamatorios o tumorales, mediante la realización de pruebas diagnósticas más sensibles y específicas.

P-983

SÍNDROME DE PARSONAGE-TURNER, UNA CAUSA INFRECUENTE DE ORTOPNEA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

RM Valbuena Parra, JC Herranz Pérez, C Fernández Martínez, GJ Pons Estel Silvestre, A de Giorgi, AR Morales Proaño

Hospital General de Cataluña IDC. Sant Cugat del Vallés, Barcelona

Palabras Clave: parsonage turner, neuritis del plexo braquial, neuralgia amiotrófica

Historia clínica:

Varón de 69 años, hipercolesterolemia en tratamiento con atorvastatina desde hace 5 años sin otros antecedentes médico-quirúrgicos. Consulta por astenia, dolor en ambos brazos y ortopnea, de 10 días de evolución sin disnea ni dolor torácico. Ante la ausencia de datos clínicos sugestivos de insuficiencia cardíaca, se procedió a solicitar una analítica donde destacaba una elevación de las transaminasas (GGT/GPT), con CPK normal y una radiografía de tórax donde destaca una elevación del diafragma izquierdo. Durante el ingreso se confirmó por Ecografía torácica una paresia diafragmática izquierda, completándose el estudio con TAC toraco-abdominal normal. El electromiograma demostró polirradiculitis postganglionar cervical, lo que sumado al cuadro de transaminitis y el hallazgo de IgM para Citomegalovirus positiva, siendo el resto de serologías virales solicitadas así como el estudio para enfermedad de Lyme y el perfil de autoinmunidad negativas, se considero la orientación diagnóstica de una polirradiculoneuritis tipo Síndrome de Parsonage-Turner con afectación diafragmática. Una vez iniciado tratamiento con antiinflamatorios y glucocorticoides, el paciente presentó mejoría clínica, con evolución lenta pero favorable como ya es típico de esta entidad clínica.

Conclusiones:

La plexitis braquial, neuralgia cervical amiotrófica o síndrome de Parsonage-Turner (SPT) es una forma de neuritis que afecta principalmente del tronco superior del plexo braquial. Se ha descrito su afectación bilateral en un 25% de los casos. Tiene una incidencia de 1,5 casos/100.000 habitantes, siendo más frecuente en hombres entre los 30-50 años. Presenta una forma típica que generalmente es idiopática, o secundaria a múltiples causas (procesos inmunológicos, infecciosos o traumáticos). En la forma idiopática se ha señalado la infección vírica como la etiología más probable y suele ser asintomática. La expresión clínica asociada a parálisis del nervio frénico, uni o bilateral, es un cuadro de presentación muy rara. Se asocia a síntomas como disnea u ortopnea y los pacientes recurren a varios especialistas antes de ser diagnosticados correctamente. La recuperación suele durar entre 6 meses y 1 año, sin secuelas en la mayoría de los casos aunque en ocasiones pueden presentar algún déficit motor permanente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-984

A PROPÓSITO DE UN CASO DE FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO

A Esteban Villacampa, C Greoles Royo, J Montesinos Cots, GM Grecu, O Montes Pineda, M Arenas Prats, S Sarra Moreto

Hospital del Vendrell. Nulles, Tarragona

Palabras Clave: absceso hepático, fiebre, transaminasas

Historia clínica:

Varón de 68 años sin antecedentes de interés ni hábitos tóxicos que consulta por fiebre de 10 días de evolución sin otra clínica acompañante. A su llegada a urgencias febril, con temperatura de 38.6°C, estable hemodinámicamente y con exploración física y neurológica anodinas. Se realizan radiografía de tórax, electrocardiograma y sedimento de orina normales. La analítica de sangre mostró una leve leucocitosis con neutrofilia, bilirrubina total 1.2 mg/dl, GOT 88 U/l, GPT 104 U/l, GGT 176 U/l LDH 246 U/l, PCR >250 y procalcitonina 11,15 ng/ml. Paul-Bunell negativo. Se cursaron además dos hemocultivos. Dados los hallazgos, orientamos el caso como un proceso hepático, por lo que realizamos una Ecografía Abdominal en el área de urgencias, visualizando múltiples LOES hepáticas. Durante su estancia en urgencias el paciente presentó varios picos febriles de más de 39° iniciándose tratamiento con antiérmicos y antibioterapia empírica (piperacilina/tazobactam). Previo al ingreso, completamos el estudio con un TAC Abdominal que evidenció dos formaciones quísticas tabicadas en los segmentos IV, VII y VIII, que se orientaron como hidatidosis o cistoadenomas biliares. En planta se practica ECO-PAAF que muestra lesiones hepáticas quísticas de contenido líquido con múltiples tabiques y quistes internos y la punción, la presencia de bacilos gram positivos anaerobios, confirmando el diagnóstico de absceso hepático. Los hemocultivos solicitados en urgencias resultaron negativos. Se decidió cambiar el tratamiento a Metronidazol y Imipenem. El paciente evolucionó favorablemente recibiendo el alta 15 días después y siguiendo controles ecográficos que se normalizaron en menos de un mes.

Conclusiones:

Los abscesos hepáticos son una patología poco frecuente, aunque tienen una elevada morbilidad por lo que consideramos importante llegar al diagnóstico de forma rápida y precisa. Se debería solicitar un perfil hepático completo en casos de fiebre sin foco, aunque en muchas ocasiones no lo hacemos sino existe clínica sugestiva, como dolor en hemiabdomen superior, ictericia, hepatomegalia o afectación sistémica. En un hospital comarcal donde no se dispone de un radiólogo de presencia física, cabe destacar la utilidad de disponer de un ecógrafo en el servicio de urgencias, que en este caso nos sirvió para llegar al diagnóstico final y poder empezar con el tratamiento adecuado de forma rápida.

P-985

LUMBALGIA: UNA PATOLOGÍA AL SERVICIO DE INFECCIOSAS

S Suárez Piñera (1), A Langa Fernández (1), M Guerra García (2)

(1) Hospital de Cabueñes, (2) Centro de Salud Contrueces. Gijón, Asturias

Palabras Clave: discitis, absceso, dolor de la región lumbar

Historia clínica:

Mujer de 43 años, natural de España, trabaja como limpiadora. Sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés, que consulta por un dolor dorsal no irradiado de 3 días de evolución, sin otra clínica acompañante. La exploración por aparatos y sistemas es normal, exceptuando dolor a la palpación de la musculatura paravertebral dorsal y sensibilidad a la palpación de las apófisis espinosas torácicas, más evidente a nivel dorsal medio. No se observan lesiones cutáneas. En la analítica se observa: Hemoglobina 9,7 gr/dl, VCM 73 fl, Ferritina 7,4, Hierro 19 mcg/dl. PCR 41 mg/L. Resto de analítica dentro de límites normales. Radiografía tórax: Discreta actitud escoliótica a nivel dorsal. Debido a la sintomatología presentada, los resultados de las pruebas complementarias y el ámbito laboral de la paciente, en un principio se sospechó lumbalgia de origen mecánico. Se decidió completar estudios para descartar otras patologías debido a lo insidioso del cuadro y la dificultad de controlar el dolor aun con el paulatino aumento de analgesia. Se deriva a traumatología quienes deciden realizar RMN se descubre la presencia de un absceso paravertebral sin afectación epidural a nivel de T6-T7. Se extraen 3 hemocultivos que resultan positivos para S. Aureus meticilin sensible. BK en esputo, serologías de brucella y borrelia negativos. Tras tratamiento antibiótico intravenoso, la paciente se encuentra asintomática, con pruebas de imagen con mejoría radiológica y hemocultivos negativizados.

Conclusiones:

La importancia y aplicación de este caso, se basa en la necesidad de plantear los adecuados diagnósticos diferenciales, en función de aquellos síntomas que se consideran, en un principio, como diferentes manifestaciones clínicas de una patología habitual, y en integrar a los mismos el entorno biopsicosocial de cada paciente. Para ello, es de vital importancia un correcto planteamiento clínico, intentando ver más allá del síntoma principal, y prestando atención a aquellos pacientes que consulten reiteradamente por el mismo motivo, por escasa mejoría tras un correcto tratamiento.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-986

COMPLICACIÓN GRAVE TRAS ESCLEROSIS VARICES

E Caro Vázquez, CA Yago Calderón, M Bufoñ Jiméñez, JA Rivero Guerrero, E Rosell Vergara, A Bufoñ Galiana

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

Palabras Clave: varices, esclerosis, isquemia

Historia clínica:

Historia: Varón de 43 años acude a urgencias hospitalarias por dolor agudo muy intenso en miembro inferior izquierdo junto a palidez, frialdad e hipoestesia tras haber sido intervenido en las horas previas con espuma de esclerosis de varices del miembro afecto. Exploración física: REG. TA 120/80mmHg. Fc 100lpm. ACP normal. EEL: derecho normal. Izquierdo con disminución de movilidad con respecto a contralateral, hipoestesia y ausencia de pulso pedio y tibial posterior. Exploraciones complementarias: Analítica de sangre: Leucocitos 16700, Hb 14,2, plaquetas 393000. Coagulación Normal. ph 7.43. CPK 3265, PCR 79. Arteriografía MII: oclusión completa de arteria tibial anterior y posterior desde su origen. Arteria peronea permeable. Diagnóstico final: Isquemia arterial aguda tras esclerosis de varices Evolución: Se cateteriza arteria tibial anterior hasta su tercio medio y se instila 3x106UI de Uroquinasa, transcurriendo el procedimiento sin complicaciones, salvo el dolor que se controla con cloruro mórfico a demanda. A las 2 horas del inicio de la fibrinólisis, el paciente permanece estable hemodinámicamente, con el dolor algo más controlado. Pie más caliente con coloración rosada, aunque permanece antepie frío y movilidad de los dedos conservada. A las 15 horas del inicio de la fibrinólisis, miembro pálido-moteado con claro aumento del perímetro, retardo en el relleno capilar, parestesias en planta, aunque conservando movilidad de los dedos. Disminución de temperatura, no palpándose pulso tibial posterior ni pedio. Dada la evolución, se decide suspender perfusión de Uroquinasa. Ante el grave cuadro de isquemia aguda y la amenaza de pérdida de la extremidad, se practica de forma urgente trombectomía arterial desde un abordaje medial de arteria poplítea y ejes distales. Mejora parcialmente tras la misma pero sigue en ascenso las cifras de CPK hasta cifras de 12550U/l. Se envía a radiología vascular de forma urgente para asociar fibrinólisis intraarterial con catéter intratrombo, a pesar de lo cual el síndrome compartimental obliga a practicar fasciotomías descompresivas. Los siguientes días continúa evolución desfavorable, llegando a la necesidad de amputación infracondílea. Tras la misma, con curas en planta, evoluciona de forma favorable, siendo dado de alta hospitalaria.

Conclusiones:

Aunque es un efecto adverso poco frecuente en la esclerosis de varices, no hay que olvidar la posibilidad de isquemia arterial y sus complicaciones posteriores.

P-987

SÍNCOPE Y MÚLTIPLES TROMBOS

JM Camero Macías (1), F Ruiz Ruiz (1), I Tallón Ruiz (2), M Zamora Sierra (1), S Sánchez Martínez (1), E Montero Romero (1)

(1) Hospital Universitario Virgen del Rocío, (2) Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Palabras Clave: myxoma, syncope, multiple thromboembolism

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: Los mixomas son tumores cardiacos benignos, con capacidad embolígena. Incidencia: 0.2%. Aunque son histológicamente benignos, ocasionalmente pueden ser fatales, siendo muchos infradiagnosticados. Las manifestaciones clínicas muy variables, incluyendo infartos silentes. OBJETIVO: Exponer el caso inusual de un paciente joven que presentó cuadro sincopal y su manejo diagnóstico-terapéutico. MÉTODO: Descripción de un caso clínico atendido en nuestro centro, incluyendo los resultados de las pruebas complementarias. RESULTADOS: Varón, 16 años, deportista, sin antecedentes, que presenta síncope sin prodromos mientras practicaba fútbol. Se objetiva Glasgow 5/15, algunas pausas de apnea, anisocoria, midriasis izquierda arreactiva, contractura en flexión de miembros superiores y rigidez mandibular, signos de isquemia arterial en miembros inferiores (MMII). Es intubado y trasladado a nuestro centro. Se activa código ictus: realizándose TAC craneal, electrocardiograma, analítica y gasometría normales. TAC craneal perfusión: isquemia de arteria cerebral media derecha (ACM-D). Angio-TAC de Troncos supraaórticos-craneal: oclusión de segmento supraclinoideo de carótida interan derecha, estenosis de arteria basilar. Ante la sospecha de causa cardiológica embolígena se realiza ecocardiografía transtorácica, objetivándose masa voluminosa en aurícula izquierda (AI), ocupando su práctica totalidad. Se realiza fibrinólisis, con respuesta inicial favorable motora. Arteriografía de vasos cerebrales, apreciándose oclusión de arteria subclavia izquierda, carótida supraclinoidea derecha y ACM-D (ambas se recanalizan extrayendo el trombo durante el procedimiento), ACM izquierda, arteria callosa-marginal izquierda. Posteriormente se realiza aortografía abdominal, observándose oclusión de la misma. TAC craneal de control, angio-TAC de tórax y abdomen: transformación hemorrágica del territorio de ACM-D con efecto masa y desplazamiento de línea media. Masa auricular. Múltiples trombos abdominales, con signos de isquemia de miembros inferiores. Cirugía vascular considera irreversible la isquemia de MMII. Cirugía cardiaca establece el tratamiento quirúrgico de la masa cardiaca en un segundo tiempo, dada la inestabilidad clínica-hemodinámica. Posteriormente aparecen datos de HTIC (Neurocirugía realiza craneotomía descompresiva). Mala evolución, fracaso multiorgánico resistente a medidas de soporte y éxitus.

Conclusiones:

El interés del caso radica en la presentación brusca del mismo y que debuta con clínica secundaria a múltiples émbolos, los cuales son muy poco frecuentes a partir de un mixoma. Las masas cardíacas son un reto diagnóstico, las decisiones terapéuticas se basan en los hallazgos de las técnicas de imagen, haciendo un uso racional de las mismas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-991

GRIPE A DE EVOLUCION FATAL EN PACIENTE SIN FACTORES DE RIESGO

JM Álvarez Pérez, P López Díez, J Grünewald Ortiz,
S Juárez de Sosa

Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: subtipo H1N1 del virus de la influenza A, insuficiencia respiratoria, factores de riesgo

Historia clínica:

Se trata de una paciente de 58 años de edad con antecedentes de trastorno distímico, hipertensa y dislipémica en tratamiento. Una semana antes de su ingreso acudió a urgencias y permaneció en observación por intoxicación involuntaria por monóxido de carbono en su domicilio por malcombustión de un brasero, que cursó con síncope. Asintomática tras 24 h de observación, fue dada de alta a su domicilio. Posteriormente la han encuentran con disminución de nivel de consciencia en su casa. Es trasladada con oxigenoterapia a alto flujo, no logrando saturaciones superiores al 70%, hipotensa, cianótica, y con distress respiratorio. A su llegada a urgencias se comienza tratamiento con fluidos y VMNI. Se objetiva febrícula. Se realiza radiología torácica en la que se objetiva una condensación bilateral. Con todo esto se establece diagnóstico diferencial entre causas de insuficiencia respiratoria grave refractaria a VMNI e imagen radiológica de condensación bilateral. La cooximetría es normal, pro BNP 3716, dímero D 9,5, PCR 227. Hematimetría normal. En urgencias se toma muestra de aspirado nasofaríngeo por febrícula coincidente con el brote epidemiológico de gripe estacional. Tras una hora de VMNI la gasometría arterial no mejora (pH 7.34, pO₂ 37.0, BE -2.2, sO₂(c) 66.5) Ingresa en Cuidados Intensivos para ventilación invasiva y tratamiento con aminas, fluidoterapia y monitorización, requiriendo maniobras de reclutamiento alveolar y posición prono. Durante su ingreso en UCI, 20 días aproximadamente, las muestras microbiológicas fueron negativas con ausencia de bacterias en los broncoaspirados, salvo PCR para virus de gripe A positiva. Como complicaciones ha sufrido coagulación intravascular diseminada, afectación isquémica de falanges distales y tetraparesia del paciente crítico en seguimiento por Cirugía Vascular y Rehabilitación. Actualmente ha sido trasladada a Neumología donde permanece estable con saturaciones de O₂ de 100% con O₂ a 1 lpm.

Conclusiones:

La gripe es una enfermedad epidémica, estacional, con peor pronóstico en pacientes ancianos, inmunodeprimidos, embarazadas, cardiopatas o enfermedades pulmonares graves. El tipo H1N1 causa el 90% de casos graves. De estos el 96% tienen factores de riesgo, y el 90% no estaban vacunados. En los servicios de Urgencias durante los brotes epidémicos, y a pesar de desconocer factores de riesgo, debemos de sospecharlo como causa de cuadros de insuficiencia respiratoria grave.

P-992

A PROPÓSITO DE UN CASO: BULLA PULMONAR GIGANTE SOBREINFECTADA

E Cobo García, A Córdoba Alonso, M Lisa Gracia, S Neila Calvo,
C Marcote Ibáñez, Z Salmón González, C Salas Pelayo

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras Clave: fiebre, pulmón, toracotomía

Historia clínica:

Paciente de 40 años, con antecedentes de encefalopatía hipóxico-isquémica neonatal y tuberculosis pulmonar bilateral en la adolescencia que cursó con un neumotórax secundario derecho. Ingresa por disnea y fiebre termometrada de hasta 39°C. En la analítica se apreció una leucocitosis con desviación izquierda y una elevación de los reactantes de fase aguda. Los hemocultivos fueron negativos. En la radiografía y TAC de tórax se apreció una imagen quística de aproximadamente 17x23 cm de diámetro, con paredes calcificadas y contenido hidroaéreo. Esta lesión ocupaba prácticamente todo el hemitórax derecho, provocando una atelectasia de gran parte del parénquima y desplazando el mediastino hacia la izquierda. Se inició tratamiento con antibióticos de amplio espectro y ante la falta de respuesta se decidió realizar un drenaje de la colección mediante toracotomía, con buena evolución clínica y radiológica posterior.

Conclusiones:

Como ocurre con losempiemas pleurales, igual de necesario que el tratamiento antibiótico es el drenaje de la colección sobreinfectada. El procedimiento de elección es la toracotomía, maniobra que debe realizarse sin demora antes de que la fibrina tabique la colección o impida la expansión del pulmón, como en el caso previo.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-993

TENGO LA MANO FRÍA Y AZUL

RM Santiago Gómez, F Attardo, P Barbero Barbero,
H Rodríguez García

Complejo Asistencial de Ávila

Palabras Clave: trombosis, cianosis, endarterectomía

Ámbito del caso::

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente mujer de 27 años con antecedentes personales de depresión, fumadora, en tratamiento con prozac, pregabalina, tranxilium y loracepam; acude al servicio de urgencias por ingesta de medicación con intención hipnótica (incluso se inyecta tranxilium en muñeca izquierda). Se le administra a su llegada carbón activado. Refiere dolor y frialdad en muñeca izquierda. Exploración física: sin interés, excepto a nivel distal de miembro superior izquierdo: cianótica, relleno capilar retardado, pulso palpable. Punción a nivel radial. Cicatriz de incisión previa muñeca. Movilidad conservada. Analítica sin interés. Radiografía muñeca: sin lesiones óseas agudas. Se realiza doppler: Trombosis aguda de la arteria radial sin determinación de flujo de forma distal al mismo.

Conclusiones:

La oclusión aguda arterial es la interrupción brusca del flujo en una extremidad. La causa más frecuente es la embolia, seguida de la trombosis. Es la urgencia vascular más frecuente. La clínica de la trombosis arterial cursa con dolor, palidez, ausencia de pulso, parestesias y parálisis, generalmente, aunque algunos pueden no estar presentes. Para su diagnóstico se emplea el doppler, aunque la arteriografía es la técnica más específica. El tratamiento consiste en que favorecen el llenado arterial, analgesia y anticoagulación, hasta cirugía (endarterectomía).

P-994

DE UNA NEUMONÍA A LA UCI: COMPLICACIÓN INESPERADA

JC Ferrández Rodríguez, M Morales Alemán, M García Almela,
M Mayol Villescas, L Quiles Sánchez, P Llor Zaragoza,
V Martinetti Miesusset

Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia

Palabras Clave: pneumonia, phatal outcome, myocarditis

Ámbito del caso::

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 34 años, no AMC. AP: no HTA, no DM, no DLP. SOP en tratamiento hormonal. En Enero de 2016 acude a urgencias por tos productiva, fiebre de 38,5°C y dolor pleurítico en hemitórax izquierdo, Ctes TA 126/72 T° 38,3°C FC 12 SatO2 98%, a la exploración física destacan roncus en base pulmonar derecha, la analítica sanguínea Leucocitos 23000 con desviación izquierda, la radiografía de tórax confirma la neumonía con un infiltrado en IID. Ingresa en Neumología 4 días y es alta como NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN IID, asintomática con revisión normal. A las 3 semanas acude de nuevo a urgencias por el mismo cuadro de tos, fiebre y dolor pleurítico en hemitórax derecho, volviendo a ingresar como neumonía esta vez nosocomial con antibioterapia de amplio espectro (amoxicilina/ac. clavulánico + azitromicina) con buena respuesta al tratamiento siendo dada de alta a los 7 días asintomática y con resolución completa. A los 4 días del alta la paciente acude de nuevo a URG por cuadro de deterioro del estado general y disnea, durante su estancia en URG la paciente continúa deteriorandose con hipotensión, oliguria e hiperlactacidemia, se consulta a UCI que decide ingreso y realizan una Ecocardiografía transtorácica objetivando FEV1 del 20%, comienzan sueroterapia intensiva junto a infusión de noradrenalina y dobutamina, ante persistencia de inestabilidad hemodinámica se decide IOT y se contacta con UCI de hospital general que indica traslado para monitorización del gasto cardíaco y cateterismo urgente, a su llegada FEV1 10%, livideces, tras intentar iniciar asistencia ventricular (ECMO) se produce una PCR que, tras 45 min de RCP avanzada y tras determinar cavidades cardíacas trombosadas en ECO trasesofágica se detiene. JC. Exitus letalis por Shock cardiogénico con alta sospecha de miopericarditis.

Conclusiones:

La miocarditis es un proceso inflamatorio producto de la agresión miocárdica de un amplio espectro de patógenos infecciosos, si bien es infrecuente, debemos sospecharla en pacientes con patología infecciosa a nivel torácico que presente una evolución tórpida y en cuyo solicitar pruebas diagnósticas que orienten el diagnóstico precoz como hubiera sido la realización de una Ecocardiografía o RMN cardíaca si tras esta el nivel de sospecha fuera elevado.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-995

DOLOR LUMBAR Y FIEBRE

P González Recio (1), E Minciuna (2), D Escalada Pellitero (3), I Ariño Pérez de Zabalza (4), I Santos Sánchez (1), A Redondo Arriazu (1)

(1) Complejo Hospitalario de Navarra, (2) C.S. Huarte, (3) C.S. San Juan, (4) Hospital San Pedro, Logroño

Palabras Clave: infection, intervertebral disc disease, lumbar vertebrae

Historia clínica:

Mujer de 39 años sin antecedentes de interés y con vida activa que, encontrándose previamente bien, presenta hace unas 8 horas cuadro de dolor en extremidad inferior derecha de aparición súbita con empeoramiento progresivo que le imposibilita la deambulaci3n, por lo que acude a Urgencias. No antecedentes previos de dolor de características similares. No refiere ning3n otro tipo de clínica en la anamnesis por aparatos. A la exploraci3n presenta normalidad en las constantes vitales, presenta dolor al nivel del punto ciático derecho, con Lasegue positivo a 60°, Bragard positivo ipsilateralmente y ambas maniobras negativas en la extremidad contralateral. La fuerza, tono, sensibilidad y reflejos eran normales. El resto de la exploraci3n resulta anodina. Se realiza analítica de sangre que muestra normalidad en todos los parámetros y radiografía de t3rax y columna lumbar que son normales. Se administra Paracetamol y Tramadol sin mejoría clínica al cabo de unas horas y tras ello debuta con pico febril de 37,9° por lo que se toma muestra para hemocultivo y urocultivo y se decide ingreso en observaci3n.

Conclusiones:

En observaci3n se solicita resonancia magnética lumbar en la que se objetivan hallazgos sugestivos de artritis séptica en las articulaciones intervertebrales derechas de los niveles L4-L5 y L5-S1, asociadas a flem3n epidural anterior y posterolateral derecho. Ante los hallazgos se inicia tratamiento empírico con ceftriaxona + clindamicina y se traslada a planta de Medicina Interna para continuar tratamiento. En este caso, la fiebre fue el 3nico s3ntoma para sospechar un proceso infeccioso, (se adjuntan las imágenes de la resonancia), ya que tanto la clínica, la radiografía y la analítica no mostraron ninguna alteraci3n que nos pudieran indicar que se trataba de un proceso distinto de una ciatalgia com3n por compresi3n o irritaci3n radicular.

P-996

DEBUT DE TUBERCULOSIS CON PERFORACI3N YEYUNAL SECUNDARIA A AFECTACI3N INTESTINAL

S Bell3n Vallinot, D Fern3ndez de Velasc Pérez, A Cardeña Gutiérrez, N Mayoral Canalejas, SS Mendoza Lizardo

Hospital Universitario Fundaci3n Alcorc3n. Madrid

Palabras Clave: tuberculosis gastrointestinal, tuberculosis pulmonar, perforaci3n intestinal

Historia clínica:

Var3n de 57 a3os, natural de Ucrania, fumador de 20 cigarros al d3a y cuyo 3nico antecedente personal es una 3nica crisis comicial en 2008 con TC craneal y EEG normales; acude a Urgencias por dolor costal derecho sobre 10°-11 ° arcos costales, de 11 d3as de evoluci3n, secundario a traumatismo por ca3da desde una silla. En la exploraci3n f3sica 3nicamente destacan signos de caquexia y dolor a la presi3n sobre los arcos costales anteriormente mencionados. Ampliando la anamnesis, el paciente refiere tos seca matutina y p3rdida ponderal de 10 kg en aproximadamente un a3o, asociando en las semanas previas anorexia y astenia. Se solicita una radiograf3a de t3rax, donde se objetiva m3ltiples infiltrados algodinosos pulmonares bilaterales en l3bulos superiores con p3rdida de volumen asociada, compatible con tuberculosis pulmonar postprimaria. En la analítica se observa recuento leucocitario normal, anemia microc3tica leve, trombocitosis reactiva, perfil hepatobiliar sin alteraciones salvo leve aumento de fosfatasa alcalina y elevaci3n de PCR. Se evidencia la presencia de numerosos bacilos 3cido-alcohol resistentes (BAAR) en esputo, por lo que se inicia cuádruple terapia antituberculosa en Urgencias y se deja al paciente en observaci3n. A las 24 horas de su llegada a Urgencias, el paciente inicia un cuadro de s3bito deterioro del estado general con taquicardia, v3mitos abundantes y aparici3n de intenso dolor abdominal, con importante defensa en la exploraci3n f3sica. Se inician medidas de soporte y se solicita TAC abdominal urgente en el cual se evidencia neumoperitoneo, abundante l3quido libre y dilataci3n de asas de intestino delgado. Valorado por ciruj3a, se decide intervenci3n urgente de probable perforaci3n de intestino delgado. En quir3fano se evidencian dos perforaciones situadas en yeyuno distal con estenosis distal en forma de anillo de aspecto granulomatoso adem3s de peritonitis fecaloidea generalizada. Se procede a resecci3n y anastomosis latero-lateral. En la muestra remitida a anatom3a patol3gica se evidencian m3ltiples granulomas con necrosis central y presencia de BAAR.

Conclusiones:

Todo esto es compatible con tuberculosis intestinal perforada. El paciente presenta excelente evoluci3n clínica tras la ciruj3a, siendo dado de alta con cuádruple terapia hasta completar 2 meses seguido de isoniazida y rifampicina 7 meses m3s.



3ndice temático



3ndice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-997

ESTE DOLOR ME VA A MATAR

P Barbero Barbero, H Rodríguez García, RM Santiago Gómez, F Attardo, RP Torres Gutiérrez, M Martín Sánchez, MS Pedromingo Kus

Complejo Asistencial de Ávila

Palabras Clave: trombosis venosa, dolor abdominal, postparto

Historia clínica:

Anamnesis: mujer de 26 años, tras parto eutócico sin complicaciones, consulta al Servicio de Urgencias por dolor súbito en hipocondrio derecho, continuo, no irradiado e intenso. Febrícula. Astenia. No náuseas, ni vómitos, ni diarrea. Exploración física: dolor a la palpación en hipocondrio derecho y epigastrio. PPL bilateral positiva. Analítica: Lactato 5.9 mmol/l; Leucocitos 16600/mm³; Neutrófilos 15200/mm³; Plaquetas 81000/mm³; INR 1.11; Glucemia 246 mg/dl; PCR 6.8 mg/dl; en orina: glucosuria, proteinuria, cetonuria y hematuria. Pruebas complementarias: Ecografía abdominal y TC abdominal: imágenes sugestivas de pielonefritis aguda bilateral (diagnóstico de alta en Urgencias). Ingreso en Urología 24h después del alta en Urgencias ante la falta de mejoría clínica; se solicita TC abdominal de control y se traslada al área de Medicina Interna tras nuevos resultados, que plantean el diagnóstico diferencial entre pielonefritis aguda e infartos renales con signos de hemorragia adrenal bilateral con congestión hepática, ascitis y leve derrame pleural izquierdo. En luz de vena iliaca común derecha se aprecia imagen compatible con trombo no oclusivo. Analítica: ACTH 486; autoinmunidad y serología negativas. Diagnóstico diferencial: Patología bilio-pancreática; Patología nefrourológica; Patología ginecológica; Vasculitis, Endocarditis; Trombosis venosa; Patología endocrinometabólica; Enfermedades infecciosas e inflamatorias. Diagnóstico: Trombosis de vena iliaca común derecha; Insuficiencia suprarrenal aguda; Infartos renales bilaterales. Tratamiento: Fludrocortisona, Hidrocortisona, Fondaparinux sódico, Ácido fólico.

Conclusiones:

El riesgo de trombosis venosa en la mujer durante el periodo puerperal está considerablemente aumentado con respecto a la población general, de 2 a 5 veces durante las seis primeras semanas postparto. Aproximadamente el 80% de eventos tromboembólicos durante el embarazo corresponde 80% TVP y 20% TEP. La tasa de mortalidad es más alta durante el primer año tras el evento trombótico. Existen tablas para poder determinar el riesgo de enfermedad tromboembólica y el riesgo de hemorragia durante embarazo y postparto (Rev Med Clin Condes. 2014;25:1004).

P-998

¡ME DUELE TODO!

DG Buitrón Cabrera, AM Gallur Martínez, AR Uribe Matthews

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid

Palabras Clave: endocarditis, émbolos, shock séptico

Historia clínica:

Antecedentes Personales: No alergias conocidas. Exfumador. Bebedor importante. Obesidad. Sin otros antecedentes de interés. Trabaja reparando tejados. Enfermedad Actual: Varón de 44 años, inicia hace 5 días con clínica respiratoria, fiebre de 40°C. Artralgias generalizadas. Lo trae un vecino por mayor disnea y alteración del lenguaje. Exploración física: TA: 96/63 mm/Hg, FC: 100 lpm, T: 36.8 °C, FR: 30 rpm. Mal estado general. Parálisis facial. Leve Bradipsiquia. Escala de Glasgow: 15, Deshidratado, mal perfundido, frialdad distal, sudoroso. Taquipneico, sin trabajo respiratorio. Lesiones petequiales en dedos de los pies y conjuntivas. Lesiones con base violácea y ampollas en espalda, brazos y dorso de pie. Resto de exploración sin alteraciones. Pruebas complementarias: ? Analítica: leucocitosis con desviación izquierda, trombopenia, hipertransaminasemia, fracaso renal agudo pre renal, acidosis láctica. Reactantes de fase aguda elevados. ? Electrocardiograma: RS a 93 lpm. Supradesnivelación difusa del ST en I, II-aVF y V6. Descenso de ST en V3-V4. ? Radiografía de Tórax: derrame pleural sin poder descartar infiltrado. ? Ecocardiograma Transtorácico (ETT): Disfunción sistólica global severa con hipoquinesia generalizada. FE 25-30%. VAo engrosada, apertura normal e insuficiencia leve-moderada, sin vegetaciones. Derrame pericárdico en cara posterior. Disfunción sistólica global de VI. ? Ecocardiograma Transesofágico (ETE): Vegetación de válvula aórtica nativa de 26x8 mm con insuficiencia moderada. Dilatación ligera de ambas aurículas. Ventrículo izquierdo dilatado e hipertrófico con disfunción sistólica global leve-moderada. Dilatación ligera de VD con disfunción sistólica global ligera. TC Craneal: isquemia aguda establecida/ subaguda en territorio de la arteria cerebral posterior izquierda. Hemocultivos: Staphylococcus aureus meticilin sensible (SAMS). Diagnóstico Diferencial: a) síndromes que pueden simular una endocarditis, b) diferenciar entre endocarditis y bacteriemia. Diagnóstico: 1. Endocarditis por SAMS sobre válvula aórtica nativa. 2. IAo severa y absceso perianular. 3. Émbolos sépticos. 4. Shock séptico - Fallo multiorgánico.

Conclusiones:

Se inicia antibioticoterapia empírica que luego se rota al aislar SAMS. Aparente mejoría. Luego empeoramiento con desarrollo de shock séptico y fracaso multiorgánico (SOFA: 7). Nuevos focos de émbolos sépticos. ETE con nuevas lesiones. Se traslada al Hospital Clínico San Carlos. Se realiza recambio valvular Aórtico y Mitral por rotura de músculo papilar izquierdo con mala evolución y empeoramiento de la sepsis y fallo multiorgánico, falleciendo el paciente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-999

DERRAME PLEURAL COMO HALLAZGO CASUAL

D Rosillo Castro, C Hernández Martínez, R López Valcarcel, D Fernández Garrido, E Carreño Aroca, JA Ballester Zaplana, A Guaschi Caglieri

Hospital Comarcal del Noroeste de Caravaca de la Cruz. Murcia

Palabras Clave: derrame pleural, hemotórax, heridas y traumatismos

Historia clínica:

Varón, 78 años, hipertenso, diabético y dislipémico; con arteriopatía periférica, trastorno bipolar y cardiopatía isquémica con IAM inferior 2002 con angioplastia y 2 stent; reestenosis con angioplastia en 2003 y 2005. En Marzo 2015, precisa ingreso en UCI, por reestenosis oclusiva de coronaria derecha precisando bypass (FEVI 40-45% postoperatoria). También, anemia crónica con colonoscopia en diciembre de 2015 sin hallazgos. Consulta por clínica cataral alta de 5 días y astenia. Afebril. En la auscultación destaca hipoventilación en base izquierda. Se realiza radiografía de tórax donde se evidencia derrame pleural hasta mitad de hemitorax izquierdo. Analítica normal. Revisando su historial dos meses antes ya presentaba pinzamiento de seno costofrénico izquierdo, y se realizó un mes antes TAC torácico donde se informaba de derrame pleural izquierdo masivo con atelectasia pasiva de lóbulo inferior izquierdo. Este TAC no había sido visto por ningún facultativo. Ante el hallazgo de un derrame pleural de 2 meses de evolución sin clínica infecciosa ni de insuficiencia cardíaca y analítica normal se propone toracocentesis diagnóstica programada en planta dado que no presenta inestabilidad hemodinámica, ni disnea. Rehistoriando refiere traumatismo costal izquierdo posterior hace más de un mes. Se realiza nuevo TAC con contraste que informa además de fracturas costales múltiples. Toracocentesis compatible con hemotórax. Radiológicamente se colocó tubo de drenaje sacando más de un litro de contenido y se instila Uroquinasa; se retiró el tubo a las 72h con resolución del derrame. Diagnóstico: Hemotórax traumático con fracturas costales múltiples.

Conclusiones:

Según las guías clínicas actuales todo derrame pleural, una vez descartada la etiología cardíaca, es sugestivo de toracocentesis diagnóstica y a veces forma parte del propio tratamiento como es nuestro caso. Se recomienda realizar la técnica ecoguiada y si no existe clínica o inestabilidad hemodinámica puede ser realizada en planta. Debemos sospechar hemotórax en todo traumatismo torácico cerrado, sobre todo en aquellos con fracturas costales. Inicialmente, si el derrame es escaso puede pasar desapercibido, por lo que se recomiendan radiografía control en las primeras horas. El tratamiento consiste en el drenaje torácico y la instilación de uroquinasa ayuda a la limpieza de coágulos en la cavidad.

P-1001

NEUMOTÓRAX ASOCIADO A ACUPUNTURA

M Mejía Castillo, J Grünwald Ortiz, C Gómez Sánchez, J Álvarez Manzanarez, F Medina Recio

Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: acupuntura, neumotórax, nexo causal

Historia clínica:

Describimos el caso de una paciente de 46 años en seguimiento por la unidad del dolor por radiculopatía a nivel dorso escapular izquierdo con mala respuesta al tratamiento analgésico, acudió a urgencias por dolor pleurítico de 3 días de evolución acompañado de sensación disneica, tos irritativa sin expectoración, el inicio de los síntomas coincidió con sesión de acupuntura. En urgencias presentaba una TA 122/70, FC 75, T°36.4 °C, y sat o2 98%, se le realizó analítica con Hemograma, Bioquímica y Coagulación junto con Rx tórax, detectando Neumotórax izq,. La paciente ingreso en el servicio de Neumología tras la colocación de tubo de tórax

Conclusiones:

Existen numerosos informes de casos en la literatura de neumotórax después acupuntura, se realizaron búsquedas de palabras clave, como la acupuntura, neumotórax, y los eventos adversos en la base de datos PubMed. La acupuntura es una forma relativamente segura de medicina alternativa, sobre todo cuando es realizada por profesionales entrenados, los acontecimientos adversos más comúnmente informados de la acupuntura son transitorios, tales como dolor, náuseas, cansancio, sangrado y episodios vasovagales, algunos de los más graves incluyen neumotórax, lesiones del sistema nervioso central, infección en punto de punción, hematoma epidural, hemorragia subaracnoidea, taponamiento cardíaco, la perforación de la vesícula biliar, hepatitis, etc, de estos acontecimientos adversos graves, el neumotórax es, con mucho, el más frecuente, con una prevalencia de 0,8 a 2 en 100 000.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1002

CISTITIS ENFISEMATOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO

A Azagra Calero, M Lara Torres, L Prieto Lastra, M González Ruiz, GA Sgaramea, R López Sánchez, E Pariente Rodrigo

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras Clave: emphysematous cystitis, abdominal sepsis, urinary tract infections

Historia clínica:

Mujer de 59 años que acude al servicio de Urgencias por cuadro de 24 horas de evolución de sensación distérmica, MEG, náuseas y una deposición diarreica sin productos patológicos. ANTECEDENTES PERSONALES: NAMC. Dislipemia. HTA. DM-2 con repercusión visceral (retinopatía diabética e IRC por nefropatía diabética). Obesidad. Cetoacidosis diabética. Anemia ferropénica. Hiperparatiroidismo. EXPLORACIÓN FÍSICA: T° 37,8°C; TA 142/80mmHg; FC 82lpm; SatO2: 98%. FR 16rpm. Relleno capilar <2segundos, normocoloreada, normohidratada. Eupneica. ECG 15. Sin focalidad neurológica. Carótidas rítmicas y simétricas, soplo sistólico irradiado. No ingurgitación yugular. AC: rítmica, soplo pansistólico panfocal. AP: murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando, depresible, doloroso en hipogastrio con defensa. EELL: no edemas ni signos de TVP. Pulsos pedios presentes y simétricos. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hemograma: Leucocitos 24500 (89,6%S y 6%L). Hemoglobina 11,9. Hematocrito 35,9%. Plaquetas 148.000. Bioquímica: Glucosa 76, Urea 83, Creatinina 2.07, Bilirrubina total 0.6, GOT 50, GPT 37, GGT 43, FA 124, Sodio 138, Potasio 4.1, Procalcitonina 43.44, Lactato 7.4, PCR 21.1. Elemental y Sedimento de orina: Proteinuria (+), Hemoglobinuria (++), Leucocituria (+++), Bacteriuria moderada. Urocultivo: negativo. Ecografía abdominal: esteatosis hepática. Resto sin hallazgos de interés. TAC: Gas intravesical. No liquido libre intraabdominal, colecciones ni signos de neumoperitoneo. Ecografía de aparato urinario: Vejiga distendida sin defectos de repleción ni otras anomalías. No masas pélvicas ni liquido libre. JUICIO DIAGNÓSTICO: SEPSIS GRAVE. FRA sobre IRC. Cistitis enfisematosa (CE). DAIGNÓSTICO DIFERENCIAL: Tracto reproductivo: masa ovárica, quiste ovárico roto, torsión ovárica. Gastrointestinal: apendicitis, gastroenteritis, enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de intestino irritable, diverticulitis, colecistitis. Tracto urinario: cistitis, pielonefritis, litiasis renal, uretritis.

Conclusiones:

La CE es una enfermedad relativamente rara causada por microorganismos formadores de gas. Su mortalidad alcanza el 3-12%. Los factores de riesgo son: sexo femenino, edad avanzada, DM mal controlada, vejiga neurógena. Hasta un 70% de casos se relacionan con DM. La alta concentración de glucosa en el tracto urinario juega un papel principal en su desarrollo, ya que es clave para la fermentación por microorganismos, produciendo gas en el tracto urinario. Los principales patógenos que la producen son: E. coli (60%), K. pneumoniae (10-20%). Si en Urocultivo se aísla un germen no productor de gas habría que pensar en una coinfección. Hasta un 7% de casos asintomáticos.

P-1003

¡CUIDADO! NO TODO ES LO QUE PARECE

MC Fernández Fernández (1), JJ Álvarez Cano (2), MP Ortigosa Arrabal (3)

(1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria, (2) Residencia Divina Pastora, (3) Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

Palabras Clave: bronchopneumonia, lung cancer, cough

Historia clínica:

OBJETIVO: señalar la importancia de un abordaje integral del paciente y un correcto diagnóstico diferencial. En este caso resultó ser una neumonía, pero en ocasiones en necesario completar el diagnóstico con otras pruebas de imagen para descartar otros posibles diagnósticos. PACIENTE Y MÉTODO: Mujer de 39 años sin alergias medicamentosas conocidas y como único antecedente a señalar que es fumadora de 10 paquetes/año. La paciente acude a urgencias por cuadro de una semana de evolución consistente en tos seca y febrícula (máximo 37.5°C). Se acompaña de pérdida de peso (no cuantificada) y sudoración profusa. No ha presentado disnea, ni dolor de características pleuríticas. Exploración física: Buen estado general. Bien hidratada y perfundida. Consciente, orientada y colaboradora. Eupneica en reposo. Constantes: TA 110/70 mmHg. FC 80lpm. Sat O2 98% basal. T 37,7 °C. Auscultación cardio-pulmonar: tonos rítmicos, sin soplos. Crepitantes en base pulmonar izquierda hasta campos medios. Resto anodino. RESULTADOS: Análisis de sangre: leucocitos 9.600, Hb 12, plaquetas 526.000. TP 77%, dímero D 850. Glucosa 97, urea 15, creatinina 0.8, sodio 137, potasio 3.5, PCR 109. Serología Gripe A, B y VRS: negativo. Antigenuria neumococo y legionella: negativo. Radiografía tórax: infiltrado vs masa pulmonar en lóbulo inferior izquierdo. Se comenta con radiólogo, que indica realización de angio-TAC. Angio-TAC tórax: se observan áreas con broncograma aéreo a nivel de lóbulo superior, llingula y segmentos laterales de lóbulo inferior izquierdo, que planten como primera posibilidad bronconeumonía. Hemocultivo: Gemella haemolysans. Tras ser diagnosticada en el servicio de urgencias de neumonía adquirida en la comunidad por Gemella Haemolysans, se inicia tratamiento con cefotaxima 1 gramo iv/6 horas y levofloxacin 500 mgr iv/24h e ingresó en Neumología con evolución favorable hasta resolución del cuadro. JUICIO CLÍNICO: Neumonía adquirida en la comunidad multilobar Fine I.

Conclusiones:

Una vez más señalar que la historia clínica es una herramienta fundamental a nuestro alcance. En este caso tuvimos que realizar más pruebas de imagen para filiar la lesión de la radiografía de tórax. En lugar de una masa tumoral, la paciente presentó una neumonía por un germen infrecuente en paciente inmunocompetente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1004

PROTOCOLO Y URGENCIAS: ALIANZA CONTRA LA BATALLA SÉPTICA

I Paredes Borrachero (1), IM Martínez Viñuela (2),
L Colinas Fernández (2), CM Viceira Martín (2),
MJ Palomo de los Reyes (2), R Rubio Díaz (1)

Hospital Virgen de la Salud Toledo

Palabras Clave: bacteriemia, código sepsis, shock séptico

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: Se exponen dos casos clínicos de shock séptico de origen abdominal que ocurrieron en una misma guardia en un periodo de 3 horas. **OBJETIVO:** Manejo y activación del código sepsis en Urgencias **MATERIAL O PACIENTES:** ? Caso 1: Varón de 71 años en tratamiento con cefalosporina de 3º generación por infección del tracto urinario (ITU) diagnosticado hace 5 días. Acude a urgencias con cuadro constitucional de 1 mes de evolución acompañado de fiebre y dolor en hipocondrio derecho (HD). A su llegada solo se objetiva taquipnea y taquicardia, con hepatomegalia de IV traveses de dedo. Durante la valoración inicial el paciente realiza cuadro de ?tiritona? generalizada sin pico febril, por lo que sospechamos bacteriemia. Se activa código sepsis y se adoptan las medidas necesarias. Tras resultados de pruebas complementarias se confirma diagnóstico y paciente ingresa a cargo de Medicina Intensiva (UVI). ? Caso 2: Varón de 62 años ex-alcohólico desde hace 6 años que remitido por UVI móvil con clínica de dolor abdominal, vómitos alimenticios y diarrea de 3 días de evolución, a los que se había añadido en las últimas horas trabajo respiratorio severo. A su llegada presenta hipotensión, taquicardia, taquipnea, signos de mala perfusión periférica. En la exploración abdomen con defensa abdominal y Murphy positivo. Tras resultado de pruebas complementarias se confirma diagnóstico y el paciente es ingresado en UVI con pronóstico muy grave. **METODO:** Código Sepsis **RESULTADOS:** El primer caso resultó shock séptico de origen biliar (colecistitis aguda litiasica complicada). En el segundo caso diagnóstico final de shock séptico de origen abdominal secundario a colangitis y síndrome de disfunción multiorgánica.

Conclusiones:

Se trata de pacientes muy graves, por lo que deben ser identificarlos rápidamente y administrar las medidas oportunas, ya que el correcto manejo terapéutico en las primeras horas desde Urgencias puede aumentar su supervivencia y mejorar el pronóstico a corto-medio plazo. Además estos casos se benefician importantemente de una atención coordinada y multidisciplinar, de ahí la importancia de la implantación y activación del código sepsis.

P-1005

CASO CONFIRMADO DE ENCEFALITIS RÁBICA

MF Albarracín Vilchez (1), IM Sánchez Pérez (2), C Piedra Rodrigo (1), A Bernal Rosique (1), I Martín Esteve (1), H Pérez Salvador (1)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Torrecárdenas, (2) Sue Lorca Gerencia 061. Roquetas de Mar, Almería

Palabras Clave: lyssavirus, encefalitis viral, convulsión

Historia clínica:

Antecedentes: Mujer 24 años de China, en España desde hace 4 años. Último viaje a China hace 7 meses. Fiebre y mareo inespecífico desde hace tres días, diagnosticada de infección respiratoria en otro servicio de urgencias. **Historia actual:** Trasladada por equipo de emergencia por crisis comicial tónico-clónica. A su llegada al box de RCP se encuentra en estado postcrítico. Pasa a observación realizándose analítica TAC craneal y punción lumbar. Solo destaca pH de 7,26, LCR:leucos 117mm3/dl, Mononucleares 100%, resto de resultados normales. Queda toda la noche en observación sin convulsiones. Tras cierta mejoría, comienza de nuevo con fiebre, tendencia al sueño, desorientación, y temblor en miembros inferiores. Ingresa en neurología con sospecha de encefalitis vírica, en tratamiento con aciclovir intravenoso. Ingresa en UCI por continuar con crisis resistente a tratamiento, comenzado a las 24 horas con status epiléptico siendo necesaria intubación orotraqueal, ventilación mecánica, inducción de coma barbitúrico y terapia electroconvulsiva en dos ocasiones. El Centro nacional de virología informa de serología positiva para lyssavirus en suero. Se inicia protocolo de Milwaukee durante 15 días, al retirar sedación de nuevo presentó status epiléptico clínico y EEG, se reajusta antiepilépticos con cese de las convulsiones. La paciente ha permanecido en el hospital durante más de 6 meses, por las graves secuelas producidas durante su estancia en UCI. Tras su recuperación afirmó que en China le mordió un perro desconocido. Es dada de alta con funciones cognitivas conservadas pendiente de rehabilitación.

Conclusiones:

La rabia mata a unas 55,000 personas cada año en todo el mundo. El periodo de incubación es de cuatro semanas hasta un año, en algunos casos, tras contacto con animal rabioso. Los síntomas: fatiga, fiebre y escalofríos dan paso gradualmente a alucinaciones, ansiedad, convulsiones violentas y babeo excesivo. Un mínimo de pacientes sobreviven. La más conocida es una adolescente de Wisconsin afectada en 2004 tras mordedura de murciélago. Sometida a un tratamiento experimental: inducirle a un coma farmacéutico con ketamina y midazolam, después administraron fenobarbital, ribavirina y amantadina hasta que su sistema inmunitario produjera anticuerpos contra el virus. Tras siete días, se sacó del coma inducido. Llamado protocolo de Milwaukee, y probado en al menos otros 39 pacientes no vacunados. Cinco personas más han sobrevivido.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1006

BACTERIEMIAS FULMINANTES. LISTERIOSIS AGUDA

LE Barzallo Alvarez, M Moreno González, L Ferrer Armengou, C Correoso Pardo

Hospital Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid

Palabras Clave: meningitis, listeria monocytogenes, sepsis

Historia clínica:

Mujer de 57 mieloma múltiple, carcinoma de mama, insuficiencia renal crónica en programa de hemodiálisis. Tratamiento con lenalidomina, dexametasona, aciclovir, tamoxifeno, ezetrol, mimpara. Llegada a urgencias: Cuadro de 3 días de evolución con deposiciones diarreicas con productos patológicos, vómitos biliosos, cefalea opresiva, no alza térmica. Deterioro el nivel de consciencia, obnubilada, rigidez de nuca marcada. Glasgow de 9. En analítica leucos 1260 neutrófilos 800, Hb 9.8 plaquetas 59.000 Cr: 9.4 Urea 106. Lactato 1.2 PCR 139 Se inicia tratamiento con ceftriaxona, ampicilina y vancomicina. TAC craneal sin alteraciones y punción lumbar con 263 células 95% PMN, glucosa menor 10 mg/dl, proteínas 514 mg/dl, bacilos gram positivos en el gram. Ingresos en UCI, sustituyen ceftriaxona y vancomicina por meropenem y añaden metilprednisolona. A las 24 horas Presenta crisis tónico clónicas sedación y levetiracetam en EEG presenta actividad irritativa temporal izquierda no sugestivas de estatus, no ha llegado a conectar pero presenta reflejos tronco normales, localiza hemisferio derecho y retira en el izquierdo. Se inicia sesión de hemodiálisis, presenta caída de Glasgow a 3, hipotensión, arritmias supra ventriculares, inestabilidad hemodinámica, recibe 2 choques de 300J, se inicia infusión de noradrenalina, realizan ETT sin alteraciones. Tras estabilizarse se realiza TC craneal y angio TC con edema de predominio infratentorial. A las 48 horas Presenta exploración clínica compatible con muerte encefálica, se retira ventilación mecánica. Aislamiento en hemocultivos y cultivo de LCR de Listeria monocytogenes sensible a ampicilina.

Conclusiones:

El tratamiento inicial inadecuado de la meningitis por Listeria se asocia en algunos estudios a un aumento de la mortalidad, por lo que la pauta empírica en pacientes inmunodeprimidos y en adultos mayores de 60 años debe incluir cobertura frente a este microorganismo. En otras series la evolución ha sido independiente del tratamiento empleado, por lo que parece que el pronóstico está más en relación con la situación del enfermo Listeria monocytogenes es la tercera causa en frecuencia de meningitis bacteriana comunitaria en adultos, y causa más común de meningitis bacteriana en los pacientes con enfermedad neoplásica subyacente, especialmente el linfoma, en receptores de trasplantes de órganos y en aquellos que reciben glucocorticoides por cualquier razón.

P-1009

ICTUS ISQUÉMICO TROMBOEMBÓLICO DE LA ARTERIA BASILAR

J Pascual Fernández (1), C Ibero Esparza (1), E Regidor Sanz (2), I Fau Sánchez (1), S González Subiza (1), MJ Redin Sagredo (1)

(1) Hospital García Orcoyen, (2) Complejo Hospitalario Navarra. Navarra

Palabras Clave: stroke, embolic infarction, basilar artery

Historia clínica:

OBJETIVO: Conocer la presentación clínica del embolismo de la arteria basilar así como el protocolo de actuación para su resolución y la minimización de secuelas neurológicas **HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN:** Varón de 57 años, con antecedentes de dislipemia, tabaquismo y fibrilación auricular paroxística. Es atendido por los servicios de emergencias extrahospitalarios por presentar caída de la cama, con inmediato cuadro de hemiplejía derecha y bajo nivel de consciencia. Se refieren vómitos asociados. Se avisa a 112/UVI móvil Se describe bajo nivel de consciencia, con GCS 7, restos de vómitos en vía aérea y probable hemiplejía derecha. Se procede a sedación, intubación, ventilación mecánica y traslado urgente como CODIGO ICTUS a centro útil. Se detecta ritmo sinusal a 70 ppm En Urgencias hospitalaria se TC craneal describiéndose hiperdensidad a nivel de arteria basilar. En angioTC de troncos supraaórticos se confirma defecto de repleción en extremo distal de basilar. Se decide tratamiento intervencionista frente a fibrinólisis, realizándose trombolisis in-situ y extracción intraarterial de trombo, reestableciendo por completo la circulación del tronco basilar y sus ramas (TICI 3). El paciente se traslada a UCI en ventilación mecánica y hemodinámicamente estable. Se realiza doppler transcraneal que confirma permeabilidad basilar. En las siguientes 72 h se disminuye gradualmente la sedación y se extuba al paciente. Durante el ingreso se realiza tratamiento antibiótico para broncoaspiración y anticoagulación. Al alta el paciente no presenta déficits neurológicos (NIHSS 0) y (Rankin=0). **EVOLUCIÓN:** Acude a urgencias a los 5 días del alta por presentar diplopía binocular con la acomodación, es valorado por Neurología determinándose como una secuela del mismo proceso no evidenciada previamente Acude a revisión en el servicio de cardiología, donde se evidencia que permanece en Fibrilación auricular y sin déficits de la función cardiológica, manteniendo el tratamiento sin cambios.

Conclusiones:

El ictus tromboembólico de la arteria basilar es una entidad singular dentro de los accidentes cerebrovasculares que debe ser conocido por el personal de Urgencias. La trombolisis intraarterial y embolectomía es un tratamiento útil en esta entidad. Se debe considerar la profilaxis con anticoagulación ante todo paciente con fibrilación auricular paroxística.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1010

SÍNDROME DE PAGET-SCHROETTER

A Pérez Ruiz, RA Serrano Benavente, MC Pérez Huet

Hospital Comarcal Axarquía. Málaga

Palabras Clave: upper limb deep venous thrombosis, Paget-Schroetter syndrome, effort thrombosis

Ámbito del caso:

Anamnesis: Varón de 38 años. Sordera congénita. ACV isquémico izquierdo hace 5 años con hemiparesia residual derecha leve (camina con muleta que utiliza en el lado izquierdo). Trombofilia. Trastorno adaptativo. Realiza tratamiento con analgésicos, antilipemiente, AAS y antidepresivos. Acude por inflamación y dolor en brazo izquierdo desde hace 2 semanas, sin traumatismo previo. Visto hace 1 semana por el mismo motivo, siendo diagnosticado de celulitis y pautando tratamiento con Amoxicilina/clavulánico, sin obtener mejoría. No fiebre. Exploración física: Buen estado general. Miembro superior izquierdo aumentado de tamaño, con aumento de temperatura y placa eritematosa en cara interna del brazo, así como dolor a la palpación superficial. Pruebas complementarias: Analítica normal salvo D-Dímero de 3,52. Eco-Doppler de MSI: ocupación por material ecogénico de la luz de la vena axilar y venas humerales con ocupación parcial de la vena basilica, en relación con trombosis a dichos niveles. Juicio clínico: Trombosis venosa (TVP) en vena axilar y humerales izquierdas. Evolución: El paciente ingresa en Medicina Interna iniciando tratamiento anticoagulante. Tuvo excelente evolución con desaparición del edema y del dolor. Actualmente continúa con Acenocumarol. Discusión: La TVP del miembro superior primaria (Síndrome de Paget-Schroetter) se asocia a actividades de esfuerzo que exijan rotación externa y separación del brazo produciendo microtraumatismos en la íntima de la vena con activación de la coagulación. Es más frecuente en la extremidad dominante y en varones menores de 40 años. En nuestro caso, el ser portador de muleta durante años, puede considerarse la causa fundamental, además de la trombofilia. Se caracteriza por dolor, parestesias, eritema, debilidad y/o edema del miembro afectado. En la exploración se observa tumefacción, edema y/o circulación colateral. La ecografía constituye la prueba diagnóstica de elección. El tratamiento consiste en la anticoagulación para favorecer la disolución del trombo, considerando a veces la trombolisis dirigida por catéter, la angioplastia y la descompresión torácica.

Conclusiones:

El síndrome de Pager-Schroetter es una enfermedad infradiagnosticada, que afecta a individuos jóvenes en su extremidad dominante. Es una patología poco frecuente, pero que debe ser tenida en cuenta por la importancia de realizar un diagnóstico y un tratamiento lo más precoz posible.

P-1011

SÍNDROME DE LA BOLSA DE ORINA PÚRPURA

M Jordán Domingo, MC Lahoza Pérez, D Sáenz Abad, M Muñoz Pintor, CA Baquer Sahún, MG España Arita, M Martínez Díez

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Palabras Clave: sondaje vesical, infección del tracto urinario, bolsa de orina púrpura

Historia clínica:

Mujer de 81 años, con demencia vascular, HTA y DM 2. Precisa silla de ruedas y portadora de sonda vesical permanente. Acude a Urgencias por coloración violácea de la orina en la bolsa desde hace 3 días sin fiebre ni otra sintomatología. Se encuentra hemodinámicamente estable sin datos relevantes en la exploración, salvo ligera deshidratación cutáneo-mucosa y coloración purpúrica de la orina y de la sonda.

Conclusiones:

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Fístula recto-vesical, hematuria, infección del tracto urinario (ITU), neoplasia, porfiria, coloración secundaria a medicación (rifampicina, ibuprofeno, fenitoína, fenazopiridina, propofol, L-dopa). EVOLUCIÓN: Solicitamos sedimento de orina, que confirma presenta bacteriuria y leucocituria con pH 8, por lo que cursamos urocultivo e iniciamos Cefuroxima empírica (500mg/12h durante 7 días). Es revisada en Atención Primaria confirmándose aislamiento de *Proteus mirabilis* sensible a Cefuroxima y evidenciando en ese momento persistencia de coloración purpúrica de la sonda con emisión de orina ya de aspecto normal. Se recambia la sonda y deriva a domicilio. JUICIO CLÍNICO: Síndrome de la bolsa de orina púrpura secundario a ITU por *Proteus mirabilis*. DISCUSIÓN: El síndrome de la bolsa de orina morada es un fenómeno poco frecuente (prevalencia 8,3-9,8%) que ocurre principalmente en la población mujeres ancianas con sonda urinaria permanente. Otros factores de riesgo incluyen: orina alcalina (la causa más frecuente es por ITU), estreñimiento crónico y dieta rica en triptófano. La patogénesis está asociada con el metabolismo del triptófano de los alimentos, que por bacterias intestinales se metaboliza en indol y después lo convierten en indoxilo en el hígado. El indoxilo, a su vez se descompone en la orina en indirubina (rojo) e índigo (azul) en un medio alcalino mediante la sulfatasa o fosfatasa de bacterias productoras, como *Providencia stuartii*, *Providencia rettgeri*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae* y *Escherichia coli*. Estos pigmentos se adhieren a la superficie del catéter y de la bolsa, interactuando con el policloruro de vinilo, produciendo una coloración azulada. Este síndrome es benigno y está asociado a mala higiene del catéter junto con ITU. Suele normalizarse el color de la orina con el recambio de la sonda sin ser obligatorio el tratamiento antibiótico en ausencia de datos de infección.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1012

LA SORPRESA DE LA SELVA PERUANA

J M B, Y Cruz Guzmán, E Nicastro, JM Gaspar, Y Juan García,
L Torres Martín, I López Fernández

MUH. Hospital Lluís Alcanyis. Xativa, Valencia

Palabras Clave: úlcera, tobillo, ectoparasitosis, lesiones serpinginosas

Historia clínica:

Mujer de 27 años de edad que acude a nuestro servicio 10 días después de su vuelta de vacaciones por la selva peruana con una lesión en zona maleolar externa de pierna izq que parece no mejorar tras tratamiento inicial con mupirocina y que además en las últimas 48 h parece presentar un exudado blanquecino pruriginoso con bordes irregulares y costras diversas periféricas sin síntomas generales asociados pero con prurito intenso que no cede a medidas físicas. Tras revisión y exploración de dicha lesión, analítica anodina se procede a pautar tratamiento con Albendazol 400 mg, Doxiciclina 500 y seguir con Mupirocina y a las 48 h se revisa lesión observándose la aparición de un cuerpo extraño que asoma por zona de lesión y se procede a su extracción con la presencia de un parásito móvil que correspondió a larva migrans cutánea.

Conclusiones:

Resulta muy importante realizar el diagnóstico diferencial de lesiones dérmicas y ulceraciones en zonas expuestas a aguas y zonas endémicas de parasitosis tropicales y debemos valorar la presencia de tunelaciones en partes próximas a ulceraciones y vacuolizaciones o edemas ante posible presencia de parasitosis.

P-1013

SHOCK SÉPTICO BACTERIÉMICO POR LISTERIA MONOCYTOGENES EN CONTEXTO DE INMUNODEPRESIÓN POR AZATIOPRINA

AM Comino García, M Iravedra García, E Muñoz Rubio,
L Regordán Piñero, OY Gómez Nieves

Hospital Comarcal La Línea. Cádiz

Palabras Clave: sepsis, listeria monocytogenes, azatioprina

Historia clínica:

Mujer de 59 años que acude a Urgencias por cuadro de disnea, malestar general y vómitos de 48 horas de evolución. No fiebre. Como antecedentes personales refiere Enfermedad de Crohn en tratamiento actual con omeprazol, mesalazina, prednisona y azatioprina. A la exploración física observamos sensación de enfermedad, cianosis acral y central, trabajo respiratorio y tendencia al sueño. Tensión arterial 120/60 mmHg, Saturación O₂ basal 89%, Temperatura 37,5°C. Auscultación cardiopulmonar rítmica, sin soplos, murmullo vesicular disminuido globalmente con crepitantes bilaterales. La analítica destaca una PCR de 42,6 mg/L con hemograma normal. Gasometría: pH 7,39, pO₂ 58 mmHg, saturación de hemoglobina 89%, pCO₂ 40 mmHg. Tras estudio radiológico y resto de pruebas complementarias dentro de la normalidad, la paciente comenzó con hipoxemia y alteración de sensorio, desestabilizándose hemodinámicamente precisando intubación orotraqueal, ventilación mecánica, perfusión de drogas vasoactivas y antibioterapia de amplio espectro a la espera de antibiograma según cultivos. Tras la estabilización de la paciente, se procedió a la realización de una nueva Radiología de Tórax observando un infiltrado bilateral intersticial. Durante su estancia hospitalaria crecieron hemocultivos positivos a Listeria monocytogenes comenzándose con antibioterapia específica. Tras retirada de sedación y extubación la paciente pasó a planta para continuar tratamiento teniendo una evolución favorable.

Conclusiones:

Con esta presentación queremos reseñar la importancia de la realización de una historia clínica donde se recojan con exhaustividad los antecedentes personales y tratamientos actuales de nuestros pacientes. En nuestro caso esta importancia radica en la inmunodepresión que padecía nuestra paciente en el contexto de un tratamiento inmunodepresor como la azatioprina y en la consecuente posibilidad de infección por gérmenes poco comunes y graves. Listeria monocytogenes es un bacilo gram positivo responsable de infecciones en mujeres embarazadas y sepsis neonatal. En adultos no gestantes es una infrecuente aunque severa infección que, por lo general, afecta a pacientes inmunodeprimidos. La listeriosis es causante habitual de bacteriemia o meningitis. Su diagnóstico se basa, principalmente, en el aislamiento del patógeno en tejidos y fluidos infectados. Listeria monocytogenes es generalmente sensible a ampicilina o amoxicilina y, en combinación con gentamicina, aumenta las concentraciones en el sistema central, más allá de la barrera hematoencefálica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1014

MEDIASTINITIS COMO COMPLICACIÓN DE ABSCESO CERVICAL

J del Cañizo Canto, R Gómez Guerra, R Parada López, J Penedo Arrugueta, B García Marina, R Velayos Rubio, C Bibiano Guillén

Hopital Infanta Leonor. Alcorcón, Madrid

Palabras Clave: mediastinitis, absceso, cuello

Historia clínica:

Mujer de 47 años, alérgica a Penicilinas, acude a urgencias por cuadro de aproximadamente 2 semanas de evolución consistente en odinofagia y febrícula en domicilio. Refiere aparición de ganglio cervical izquierdo y bultoma en región anterior cervical caliente y eritematoso de reciente aparición. A la exploración física destaca en región anterior del cuello tumoración de unos 3cm de diámetro, con aumento de la temperatura local dolorosa a la palpación y eritema a dicho nivel que parece celulitis. TA: 132/86, Sat O2 97%, FC 110lpm, T 37C. -Analítica: 27.470 leucos con desviación izquierda, Coagulación alterada con INR 1.25 y fibrinógeno > 500mg/dl. Función renal normal. PCR 207mg/L-ECO cervical: crecimiento asimétrico de la glándula submandibular izquierda con ecogenicidad discretamente heterogénea compatible con proceso inflamatorio-infeccioso. Con presencia de múltiples ganglios de aspecto reactivo-inflamatorio, siendo más numerosos en la cadena laterocervical izquierda. Sin evidencia de tiroiditis. Al día siguiente la paciente presenta fiebre de 38,7C y TA: 80/45 y dolor en región esternal por lo que se inicia antibioterapia de amplio espectro (Meropenem con previa sensibilización por servicio de alergia). -TAC: Cambios inflamatorios de la grasa de la glándula submaxilar izquierda. Alteraciones de la atenuación en el espacio retrofaríngeo de espesor laminar que mide unos 4cm de eje CC y 6mm de espesor, sin realce de la pared ni abombamiento sobre faringe. -TAC cérvico-torácico con contraste: alteración de la grasa del mediastino, sin colecciones, pequeña burbuja de gas posterior al manubrio esternal. Adenopatías torácicas patológicas. Se traslada a la paciente para valoración por cirugía torácica por absceso cervical y mediastinitis asociada. Seguidamente entra en quirófano para desbridamiento cervical y mediastínico en dos tiempos. Se aísla S. Pyogenes en adenopatías mediastínicas. DIAGNOSTICO. Absceso cervical y mediastinitis descendente necrotizante por S. Pyogenes.

Conclusiones:

La mediastinitis necrotizante es la complicación más temida de las infecciones retrofaríngeas. La mortalidad es de un 25% en adultos a pesar de recibir un tratamiento antibiótico ajustado.

P-1015

SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO EN SU FORMA MÁS CATASTRÓFICA DE PRESENTACIÓN

G Pons-Estel Silvestre, M Ko Bae, M Valbuena Parra, A de Giorgi, R Serrano Morales, C Fortia Palahi, R Cervera

Hospital General de Cataluña. San Cugat, Barcelona

Palabras Clave: síndrome antifosfolipídico catastrófico, hemoptisis, síndrome renopulmonar

Historia clínica:

Varón de 40 años con antecedente de Síndrome Antifosfolipídico (SAF) diagnosticado hace 11 años a raíz de una trombosis venosa profunda, trombosis de la vena cava y un tromboembolismo pulmonar en tratamiento con acenocumarol. Consulta por cuadro de 3 días de tos acompañada de esputos hemoptoicos sin otros signos de sangrado ni clínica infecciosa. A su llegada a urgencia se encuentra afebril, hipertenso, taquicárdico, taquipneico. La radiografía de tórax muestra de infiltrados alveolares bilaterales. Analítica: hemoglobina 10.8g/dl, plaquetas 55.000, INR 2.83, creatinina 3mg/dl, PCR 3.9mg/dl, LDH 1742UI/l, lactato 25mg/dl, microhematuria y gasometría arterial: pH 7.38, pO2 58mmHg, pCO2 30mmHg y SatO2 93%. Durante su estancia en urgencias presenta cuadro de hemoptisis masiva acompañada de distress respiratorio agudo requiriendo intubación. Tras la misma se realizó broncoscopia urgente evidenciando gran coagulo que obstruía parcialmente la carina mejorando la ventilación tras la extracción. En el contexto de esta hemorragia alveolar asociada a insuficiencia renal aguda se orienta el cuadro como un probable SAF catastrófico y se inicio metilprednisolona 1gr acompañado de inmunoglobulinas. Durante el seguimiento en cuidados intensivos los cultivos microbiológicos fueron negativos y el perfil inmunológico mostró IgG beta-2-microglobulina, anticardiolipina y anti-DNA bicatenario positivos con hypocomplementemia, siendo los anticuerpos antinucleares, extraíbles del núcleo y anticitoplasma de neutrófilos negativos. Se completó el estudio con una biopsia renal que mostró microangiopatía trombótica con predominio de lesiones activas que confirman el diagnóstico de SAF Catastrófico requiriendo tratamiento intensivo con recambios plasmáticos, rituximab y anticoagulación logrando una estabilización del cuadro.

Conclusiones:

El SAF catastrófico es una variante grave y rápidamente evolutiva de SAF que conduce a insuficiencia multiorgánica y representan menos del 1% de los pacientes con SAF. El diagnóstico se basa en: evidencia clínica de afectación orgánica múltiple (tres o más órganos), evidencia anatomopatológica de la oclusión de múltiples vasos de pequeño calibre, una minoría también presenta trombosis de los vasos de gran calibre, y confirmación de la presencia de Anticuerpos Antifosfolipídicos. Es preciso sospechar la existencia de un SAF catastrófico ya que tiene una elevada tasa de mortalidad y el tratamiento precoz en la urgencia puede reducirla a menos de un 50%.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1018

SHOCK SÉPTICO ESTAFILOCÓCICO. PIOMIOSITIS CERVICAL. SÍNDROME DE LA PIEL ESCALDADA ESTAFILOCÓCICA. HIPERSENSIBILIDAD A ANISAKIS

I Mata Sánchez, M Rizo Hoyos, MJ Morales Acedo,
P Jiménez Zurita, G Mesa Ramos, M Zaheri Beryanak

Hospital de Antequera. Antequera, Málaga

Palabras Clave: sepsis, piomiositis, anisakis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA: Varón de 68 años, con antecedentes de diabetes, valorado dos días antes en Urgencias por dolor abdominal, diarrea y vómitos tras ingerir pescado crudo no congelado, acude de nuevo acompañado por personal sanitario con hipotensión, angioedema, eritrodermia, fiebre y broncoespasmo, con diagnóstico de shock anafiláctico. Ante esta sospecha se inicia tratamiento con adrenalina, corticoides y antibioterapia empírica. A la exploración, el angioedema es más acusado en hemicara y hemicuello izquierdo, con dolor a la palpación cervical izquierda. Inicialmente en anuria, con disfunción renal y con insuficiencia respiratoria mantenida que precisa BiPAP. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica: Leucocitos 24.600 (93% PMN), Glucosa 222, Cr 1,65, INR 1,65, pH 7.37, Bicarbonato 17, Lactato 55. Hemocultivos cursados: positivo a *Staphylococcus Aureus* sensible a Cloxacilina (SAMS). TAC cervical y toracoabdominal: marcado engrosamiento unilateral del esternocleidomastoideo (ECM) izquierdo, hipodenso, también engrosado el músculo platismo y la fascia cervical superficial. Adenopatías y edema subcutáneo septal que se extiende lateralmente hasta hemitórax superior. Endoscopia digestiva alta: gastritis aguda focal. Anisakis, Ac IgE: 66 (muy altos). Dos días después aparecen colecciones en ecografía cervical que se puncionan, creciendo en el cultivo >1.100.000 colonias de *Staphylococcus Epidermidis*. EVOLUCIÓN Y COMENTARIO. DIAGNÓSTICO: En planta presentó descamación cutánea generalizada, lo que junto a la presencia de datos flogóticos a nivel cervical izquierdo y lesión en TC con posterior aislamiento de SAMS en sangre, nos orienta a que todo el cuadro sea debido a una estafilococemia con piomiositis cervical y síndrome de la piel escaldada, más que a un shock distributivo anafiláctico. Si bien también hay datos de hipersensibilidad a Anisakis. Desde el inicio de cobertura con antibiótico de amplio espectro desde Urgencias, el paciente presentó mejoría clínica progresiva.

Conclusiones:

Creemos de interés el presentar este caso de piomiositis causado por SAMS, pues la afectación sobre el músculo ECM es una localización excepcional, siendo más frecuente en la musculatura larga de las extremidades. Cabe destacar la complejidad del diagnóstico diferencial desde Urgencias por la similitud de síntomas y signos de ambas entidades diagnósticas (shock séptico vs. shock distributivo anafiláctico).

P-1019

¿INSUFICIENCIA CARDIACA?

AM Gutiérrez García (1), D Ternerero Escudero (2), MM Reina Martín (3), JM Cañizares Romero (4), I Corrales Álvarez (4), A Ruiz Ruiz (4), MP Ortigosa Arrabal (5)

(1) Centro de Salud Puerta Blanca. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga, (2) Centro de Salud Delicias. Hospital Virgen de la Victoria Málaga, (3) Centro de Salud Portada Alta. Hospital Virgen de la Victoria Málaga, (4) Centro de Salud Pu. Málaga

Palabras Clave: insuficiencia cardiaca, embolia pulmonar, anomalías congénitas

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Hombre 24 años. Alergia penicilina. Fumador de 1 paquete/día. Cardiopatía congénita tipo ventrículo único de doble entrada paliado con derivación cavopulmonar con función sistólica levemente deprimida. Portador de marcapasos epicárdico. Sin seguimiento cardiológico desde los 18 años. Tratamiento con acenocumarol y captopril con irregular cumplimiento. Derivado por dispositivo de emergencia por insuficiencia cardiaca descompensada. Paciente que refiere disnea progresiva hasta hacerse de reposo acompañando de ortopnea de 3 almohadas en los últimos 3 días. Cuadro previo de 15 días de evolución consistente en tos productiva y hemoptisis ocasional tratada con ibuprofeno 600 mg cada 8 horas. Afebril. No otra clínica acompañante. Aceptable estado general. Consciente. Bien hidratado y perfundido. Taquipneico. TA: 140/85. SatO₂: 88% con FiO₂ al 60%. Auscultación cardiorespiratoria: Rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: Hepatomegalia de dos traveses sin ascitis. No signos de TVP o edemas en MMII. Pruebas complementarias: ECG: Ritmo sinusal a 75 lpm con signos de crecimiento de ventrículo y alteraciones difusa de la repolarización anterior. Radiografía tórax: Sin alteraciones. Analítica sanguínea: Hemoglobina 15.5. No leucocitosis. INR 1.5. Glucosa 179. Creatinina 0.89. CK 35. Troponina negativa. PCR 14. Ecocardiograma: Ventrículo único de doble entrada, anatómicamente izquierdo, ligeramente dilatación e hipertrófico con contractilidad conservada. Cirugía tipo FONTAN. Vena cava inferior dilatada con vena cava superior dilatada con flujo ectásico. Presencia CIV con flujo izquierda-derecha. AngioTC: Defecto de repleción en arterias pulmonares lobares y segmentarias de ambos hemitórax así como en las pulmonares principales. Infiltrado en vidrio deslustrado en lóbulos inferiores. Hallazgos compatibles con tromboembolismo pulmonar bilateral. Hígado de estasis. Ecodoppler de miembros inferiores: No signos de TVP. Evolución: Se realiza fibrinólisis sin incidencias con mejoría de saturación basal y sin evidencias de sangrado. Se mantiene los primeros días con heparina sódica, con posterior inicio de apixabán. Juicio Clínico: Tromboembolismo pulmonar bilateral. Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardiaca descompensada. Insuficiencia respiratoria mixta. Alteración permeabilidad de cirugía tipo FONTAN.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

Conclusiones:

A nivel hospitalario se reciben todos los días muchos pacientes con una orientación diagnóstica que puede influir y enturbiar nuestro juicio diagnóstico. Es por ello, que al valorar un paciente no debemos descuidar una correcta anamnesis y una exploración física sistemática para una correcta solicitud de pruebas complementarias y posterior tratamiento.

P-1020

SEPSIS DE ORIGEN DESCONOCIDO

**C Aparicio Borrego, S Rodríguez Priego, C Soria García,
E Puga Montalvo, D Ferrer Serrano**

SCCU Complejo Hospitalario Granada

Palabras Clave: sepsis, fasciitis, *Streptococcus pyogenes*

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: Paciente de 65 años que acude a Urgencias por fiebre, decaimiento y malestar general. Se queja de artromialgias generalizadas y dolor en hombro derecho de características mecánicas. **OBJETIVO:** Diagnóstico precoz de cuadros sépticos. **PACIENTE Y MÉTODO:** Se trata de una mujer sin antecedentes personales de interés, fumadora de 10 cig/día, que acude a Urgencias por fiebre de 48 horas de evolución, astenia intensa, discreta obnubilación coincidiendo con la fiebre y molestias en hombro derecho. En los días previos estaba de vacaciones en una casa rural. Se indaga en picaduras por insectos, contacto con animales e ingesta de fármacos y alimentos en mal estado que la paciente deniega. A la exploración destaca hipotensión, taquicardia, taquipnea y obnubilación. Por órganos y aparatos no encontramos hallazgos destacables. El hombro derecho no presenta crepitación, deformidad ni limitación de movilidad, sugiriendo dolor de características mecánicas. Se realizan pruebas complementarias con elevación de reactantes de fase aguda, leucocitosis con neutrofilia, discreta plaquetopenia, y mínima alteración de coagulación. Se inicia tratamiento con fluidoterapia intensa y antibióticos de amplio espectro. Radiografía de tórax y sistemático de orina normales. Punción lumbar negativa previo TAC craneal. La paciente evoluciona desfavorablemente entrando en Shock Séptico, por lo que ingresa en UCI precisando drogas vasoactivas. A las 24 horas comienza con celulitis en axila derecha. Se realiza TAC evidenciando pequeñas burbujas entre fascias. Ante la sospecha de fascitis necrotizante se procede a limpieza quirúrgica y toma de muestras aislando *Streptococcus pyogenes*. Evoluciona favorablemente y pasa a planta en 24 horas. **RESULTADOS:** Shock séptico por fascitis necrotizante.

Conclusiones:

Ante un cuadro séptico debemos iniciar tratamiento empírico precoz. Las últimas recomendaciones indican la necesidad de instaurar el tratamiento en la primera hora (Hora de Oro). Son entidades tiempo-dependientes, en las cuales un retraso en el diagnóstico y tratamiento influye notablemente en el pronóstico del paciente. El diagnóstico de Sepsis es complicado por lo que siempre debemos tenerlo en mente para diagnosticarlo. La importancia del abordaje multidisciplinar en el código sepsis es fundamental para mejorar la morbi-mortalidad.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1021

CUANDO EL REMEDIO ES PEOR QUE LA ENFERMEDAD

I Fernández Vidaurreta (1), L Labajo Montero (2), J Zlatkes (3),
E Rojo Pérez (4), D Castell Benito (4)

(1) Hospital de Torrejón, (2) Hospital La Paz, (3) Hospital de Torrejón,
(4) Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Palabras Clave: trombosis, leriche, reperfusión

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN. Se expone un caso de trombosis aórtica bilateral, con una evolución tórpida a pesar de un correcto diagnóstico y posibilidad de tratamiento quirúrgico efectivo. **OBJETIVO** Síndrome de Leriche: Ateromatosis en una arteria ilíaca que progresa hasta la obstrucción completa, del vaso afectado y del vaso contralateral. Se presenta con una triada clínica característica: claudicación intermitente bilateral, disfunción eréctil/amenorrea y ausencia de pulsos femorales. Síndrome de Reperusión ó Síndrome mionefropático-metabólico: se produce al restablecer el flujo sanguíneo tras un proceso isquémico, provocando lesión de las células musculares, aumento de niveles de CPK, LDH, producción de radicales libre y otros agentes proinflamatorios, induciendo todo ello a insuficiencia renal aguda por necrosis tubular aguda, arritmias cardíacas, y otros eventos que frecuentemente pueden ser letales. **PACIENTE.** Mujer de 76 años, acude a urgencias por cuadro de disminución de fuerza y sensibilidad en miembros inferiores, de forma progresiva en las horas previas. En la última semana, cuadro de diarrea y abundantes vómitos, con intolerancia oral a la ingesta de alimentos y líquidos. Disminución progresiva de la diuresis. No refiere otros síntomas de interés. Exploración: Auscultación cardiopulmonar y abdomen normal. Destaca ausencia de pulsos periféricos bilateral. Neurológicamente sin hallazgos. Resto dentro de la normalidad.

Conclusiones:

RESULTADOS. Analítica: Destaca Cr 6.8, Urea 180, ácido láctico 56. Iones, hemograma y gasometría con valores dentro de la normalidad. EFN_a >1000. TAC ABDOMINAL: uretero-hidronefrosis bilateral, aorta abdominal de calibre normal, con múltiples placas de ateroma calcificadas y un trombo mural periférico distal a la salida de arteria mesentérica superior y que ocluye la luz de la aorta a 3,5cm de arteria renal izquierda. Este trombo se extiende a ambas arterias ilíacas comunes, ilíacas externas e hipogástricas. Conclusión: trombosis de aorta ilíaca (síndrome de Leriche) Valorada por Cirugía Vascular, se decide revascularización quirúrgica urgente. Se procede a tromboemblectomía femoral bilateral, objetivando buen pulso distal tras by-pass. Después de mejoría inicial, presenta de nuevo marcado empeoramiento clínico, con hipotensión, disminución del nivel de conciencia. Analíticamente destaca CK 40000, LDH 1200, coagulopatía (75000 plaquetas, INR 1.5) y acidosis metabólica hiperlactacidémica. **CONCLUSIÓN.** Finalmente la paciente fallece en situación de disfunción multiorgánica secundario a un síndrome de reperfusión.

P-1022

A PROPÓSITO DE UN CASO: PIOMIOSITIS EN MÚSCULO ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO

T Lobato Prieto, P Docampo Damea, I González Mendia,
MC Teijeiro Bermejo, CC Moreno Castellanos, G Luzardo López,
FJ Castrillo Quiñones

Complejo Asistencial de Zamora

Palabras Clave: piomiositis, cuello, leucocitosis

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Motivo de consulta: varón de 87 años que acude al servicio de urgencias por presentar desde hace 24 horas tumoración dolorosa a nivel cervical derecha. No ha presentado fiebre ni sintomatología general. No identificaba ningún antecedente infeccioso, quirúrgico ni traumático en la zona. Antecedentes personales: EPOC leve, sin tratamientos crónicos. Exploración física: T:36°, TA:140/90, 70lpm. Buen estado general. Presenta tumoración dolorosa, fluctuante y caliente en región submandibular derecha. En cavidad oral no se aprecia ninguna lesión ni proceso infeccioso. Amígdalas, faringe y otoscopia sin hallazgos patológicos. Diagnóstico diferencial: Masa cervical de tipo inflamatoria como por ejemplo linfadenitis cervical aguda. Pruebas complementarias: Se le realiza analítica objetivándose una discreta leucocitosis con desviación izquierda y una PCR de 90 mg/dl. Se completa el estudio con una ecografía y un TAC cervical donde se aprecia una colección de 41x30x18mm en el músculo esternocleidomastoideo derecho a nivel de la inserción mastoidea compatible con absceso. Es ingresado y se realiza PAAF donde se aísla como germen causante el enterococo faecium. Tratamiento: Se inicia tratamiento antibiótico intravenoso pero ante la falta de respuesta se realiza drenaje quirúrgico con buena evolución posterior. Diagnóstico final: Piomiositis en músculo esternocleidomastoideo derecho.

Conclusiones:

La piomiositis es la infección aguda del músculo estriado. Es más frecuente en países tropicales, sin embargo su incidencia está aumentando en nuestro medio asociado a enfermedades como la diabetes mellitus, hepatopatías, virus de inmunodeficiencia humana, tratamiento inmunosupresor, enfermedades hematológicas o conectivopatías. La localización más habitual es la musculatura estriada de las extremidades inferiores y pelvis. Menos frecuente es encontrarlo a nivel de musculatura cervical, lo cual suele relacionarse con procesos infecciosos amigdalares, odontológicos, postcirugía o postraumatismo de la zona. El staphylococo aureus es el germen causante más frecuente. Este proceso suelen tener un curso subagudo lo que hace que la mayoría se detecten en etapas avanzadas, donde ya existe abscesificación. Un abordaje rápido con antibioterapia intravenosa y drenaje quirúrgico puede evitar complicaciones graves como son la mediastinitis y shock séptico. Nuestro caso resulta bastante inusual debido a la ausencia de factores de riesgo identificados en el paciente y al germen tan infrecuente que se aisló.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1023

DOLOR ABDOMINAL, EL SÍNTOMA EQUIVOCADO

MJ Huertas Sánchez, DJ Nova López, M Encarnación Báez, YI Jarabo López, V Asensio Villanueva, A Cantero Sandoval

Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia

Palabras Clave: dolor abdominal, HTA, disección de aorta

Ámbito del caso:

Hospitalaria

6Historia clínica:

Varón de 49 años que consulta por dolor abdominal. Como antecedentes destacan: HTA en tratamiento con Doxazosina y Enalapril/Lercanidipino (el cual toma de forma irregular), fumador de 20 cigarrillos al día, sin otros antecedentes de interés. Acude a nuestro servicio de madrugada, por presentar desde hace dos horas epigastralgia intensa y dolor en flanco derecho acompañado de cortejo vegetativo. No refiere ingesta de alcohol, ni cena copiosa. No dolor torácico ni otra sintomatología acompañante. En la exploración física destaca: TA: 240 / 115 T°:36.0°C FC: 92 l.p.m. Sat.O2: 90 % con regular estado general y afectado por el dolor. Buena coloración e hidratación mucocutánea. Obesidad. ACP: rítmica con tonos apagados e hipoventilación global (por sobrepeso), ABDOMEN: globuloso, blando poco depresible con irritación peritoneal, en epigastrio y flanco derecho.No se palpan masas ni megalias. EELL: no edemas, pedios+ bilaterales y simétricos.Se realiza ecoscopia objetivando aorta de calibre normal y vesícula no engrosada ni distendida sin litiasis en su interior. En analítica destaca: Gluc.240,Cr 1.40, Bilirrubina Total 0.35,lones normales, GOT 22, GPT 25, CK 399, LDH 335, Amilasemia 65, PCR 0.94, Hb 14.8, HCO 44.3%, Leucocitosis 18710 (58.20% N, 34% Linfocitos). RX TORAX: Cardiomegalia con ensanchamiento mediastínico.RX abdomen y ecografía abdominal sin hallazgos significativos. Ante el empeoramiento clínico del paciente (a pesar de analgesia con derivados mórficos y control de TA con nitroprusiato), se solicita TAC ABDOMINAL donde se informa: trombosis de a. mesentérica y renal izquierda, arterias ilíacas con luz normal. Riñón izquierdo hipodenso en su totalidad por falta de perfusión. Riñón derecho de posición pélvica y densidad normal. Sin líquido intraabdominal ni signos de perforación intestinal. Derrame pericárdico de 25 mm de espesor máximo. No se detectan adenopatías mediastínicas. Ante estos hallazgos se realiza TAC torácico con contraste y se concluye: Disección de aorta tipo A que asocia obstrucción completa de la arteria mesentérica y renal izquierda. Se realiza intervención urgente sin éxito.

Conclusiones:

En el diagnóstico diferencial del dolor abdominal, siempre se debe incluir patología aórtica. La ausencia de sospecha inicial, y la variabilidad en la forma de presentación, retrasa el diagnóstico y el tratamiento, con evolución fatal en gran número de pacientes. En este caso se diagnóstico una disección aórtica por las complicaciones que presento a nivel abdominal.

P-1024

NEUMONÍA NEUMOCÓCICA ABSCESIFICADA

A Romero Conde, CA Yago Calderón, M Buforn Jiménez

Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

Palabras Clave: absceso pulmonar, neumonía, disnea

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Varón 51 años, fumador y TBC pulmonar infantil tratada correctamente. Acude a urgencias por cuadro catarral de un mes de evolución acompañado de fiebre y disnea progresiva. Realizó tratamiento con Amoxicilina-Clavulámico sin mejoría. En PPCC destaca: Leucocitosis con neutrofilia y PCR 149, Rx de tórax: infiltrado en LID y LM y nivel hidroaéreo en LSD sugestivo de absceso pulmonar. Antigenuria Neumococo positiva. Tras iniciar antibioterapia empírica y tratamiento broncodilatador, se cursa ingreso en Neumología. Durante su estancia hospitalaria se realiza TC torácico con contraste confirmándose condensación alveolar encapsulada con derrame pleural asociado, siendo dado de alta a los 7 días con antibioterapia combinada, presentando buena evolución.

Conclusiones:

El absceso pulmonar es una necrosis del parénquima pulmonar causada por la infección microbiana. Lesión única, mayor de 2 cm y evolucionada. Clasificación: primario -previamente sanos o riesgo de aspiración y neumonía, y secundario: cáncer broncogénico, inmunodeprimidos, infecciones extrapulmonares o sepsis. Surgen como complicación de neumonía por aspiración y son causadas por especies de anaerobios normalmente presentes en grietas gingivales. Pacientes predispuestos a broncoaspiración, con enfermedad periodontal o gingivitis y trastornos de los mecanismos inmunes. Primero surge la neumonía, progresa a necrosis tisular después de 7 a 14 días y finalmente absceso pulmonar y/o empiema. Etiología Generalmente Polimicrobiana, del surco gingival. Clínica: Proceso agudo similar a neumonía bacteriana o con clínica más solapada, con semanas o incluso meses de afectación general, astenia, anorexia, fiebre y expectoración purulenta. Puede haber también expectoración hemoptóica y dolor pleurítico. Suele haber: Leucocitosis con desviación izquierda. Aumento de la velocidad de sedimentación. En la Radiografía de Tórax: Ifiltrado parenquimatoso con una cavidad de paredes gruesas, nivel hidroaéreo y con un diámetro superior a 2 cm. Se localiza, sobre todo, en los segmentos posteriores de lóbulos superiores y en los segmentos superiores de ambos lóbulos inferiores, afectando más frecuentemente al pulmón derecho. Si la lesión está en segmentos anteriores descartar la existencia de otras enfermedades, como neoplasias. TAC de Tórax: es la prueba de confirmación. Diagnóstico Microbiológico tiene bajo rendimiento. Si alta sospecha, iniciar terapia empírica con Clindamicina (elección). En enfermedad grave o nosocomial, asociar Cefalosporina 3G o Piperacilina/Tazobactam o Imipenem para cubrir aeróbicos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1025

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DIAGNOSTICADO EN URGENCIAS EN PACIENTE QUE CONSULTA POR ASTENIA

MA Malia Pérez (1), J Córdoba Gabarrón (2), A Torrente Blasco (3), R Amora Hernández (1), L Velasco Elizondo (1), M Llinares Antón (1), A Gómez Martínez (1)

(1) Hospital Virgen de la Salud. Elda, (2) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, (3) Centro de Salud Marina Española en Elda. Alicante

Palabras Clave: embolia pulmonar, astenia, disnea

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN La enfermedad tromboembólica venosa es una entidad que engloba la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP), ambos íntimamente relacionados. El tromboembolismo pulmonar, patología cada vez más frecuente en el ámbito de urgencias con alta morbilidad, consiste en el enclavamiento en la mayoría de los casos de coágulos sanguíneos procedentes del sistema venoso, en el árbol arterial pulmonar. Presenta un cuadro clínico inespecífico que en ocasiones dificulta su rápida sospecha clínica, diagnóstico y tratamiento. **CASO CLÍNICO** Presentamos el caso de una paciente mujer de 67 años que acude a urgencias por debilidad, cansancio y mareo sin giro de objetos de 1 mes de evolución. Entre sus antecedentes destaca hipertensión arterial controlada con tratamiento y recientemente diagnosticada de taquicardia supraventricular por lo que ha tomado distintos fármacos para controlar la frecuencia cardíaca con mala tolerancia. Refiere que la sintomatología de consulta coincide con el inicio de la toma de estos fármacos y que en la última semana ha presentado disnea a moderados esfuerzos. En la exploración física presenta regular estado general, palidez mucocutánea, cifras de constantes vitales y resto de exploración sin alteraciones. En el ECG se objetiva taquicardia sinusal a 100 lpm y patrón S1, Q3, T3, se solicita analítica sanguínea donde destaca únicamente Dímero D de 4422 con gasometría arterial y radiografía de tórax sin hallazgos patológicos. Bajo la sospecha diagnóstica de TEP se solicita AngioTAC confirmándose defecto de repleción en ambas arterias pulmonares principales, lobares bilaterales, segmentarias derechas y la totalidad de las izquierdas concluyendo TEP bilateral. Se inicia tratamiento con heparina de bajo peso molecular a dosis anticoagulantes y se ingresa en Neumología para completar tratamiento.

Conclusiones:

El TEP es una patología que requiere un rápido diagnóstico e inicio de tratamiento. Con este caso hemos querido reflejar la diversidad de la presentación clínica y la importancia que tiene la sospecha diagnóstica inicial en una puerta de urgencias. Nunca debemos infravalorar a los pacientes con síntomas asténicos de poco tiempo de evolución, es de vital importancia una buena historia clínica para obtener datos que nos pueden ser de gran ayuda.

P-1026

BUCEAR ENTRE LA ENCEFALITIS

Z Issa-Massad Khozouz, M^ºE Puga Montalvo, P Rivas del Valle, JM Martín Mora, F Sabio Reyes, F Santamarina Carvajal

Hospital Clínico San Cecilio. Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Palabras Clave: encefalitis, herpes, VIH

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

ANAMNESIS Mujer de 49 años sin antecedentes de interés salvo estar en tratamiento desde hacía 5 días con Brivudina por diagnóstico de Herpes Zoster. Acude a urgencias por cefalea, fiebre de 39°C, y desorientación de un día de evolución. **CLÍNICA Y EXPLORACIÓN** Consciente pero desorientada. MEG. Glasgow 14/15. T° 39°C. TA 110/65 mmHg, FC 110 lpm, Sat O2 99%. Rigidez de nuca con signos meníngeos. Herpes Zoster a nivel dorso-lumbar derecho sin signos de impetiginización. ACR. Rítmica. BMV. Resto de exploración normal. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS** Hemograma sin leucocitosis ni desviación izquierda pero bioquímica con PCR de 61 mg/dl. Se realizó TAC craneal con resultado negativo y posterior Punción Lumbar oligocelular con predominio de mononucleares, catalogando al cuadro de encefalitis linfocitaria. Se comenzó tratamiento con Aciclovir y Ampicilina. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.** Meningitis, Absceso cerebral, HSA, Encefalitis, Herpes Zoster impetiginizado. **EVOLUCIÓN** Ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por disminución del nivel de conciencia. Se confirmó la sospecha de encefalitis herpética tras demostrar positividad de la PCR para VHS-1 en el LCR. Tras mejoría clínica la paciente pasó a planta, tras varios días de estancia en UCI y con tratamiento pertinente. Es en planta donde al completar estudio se detectó positividad a VIH. La paciente refería cansancio desde hacía meses junto con varios episodios de candidiasis vaginal. Indicó que hacía 3 meses no mantenía relaciones sexuales, tras haber terminado con pareja estable de 2 años. Tras pruebas y exámenes complementarios oportunos, para completar el diagnóstico de VIH, se estableció tratamiento. **JUICIO CLÍNICO** Encefalitis Herpética en paciente VIH no diagnosticado hasta el momento.

Conclusiones:

La encefalitis herpética tiene una elevada mortalidad sin tratamiento (>70%). El inicio temprano de éste es uno de factores que más afecta al pronóstico de la enfermedad. Por lo tanto, es de gran importancia la sospecha precoz de este cuadro ante la clínica descrita. Es trascendental también detectar patologías subyacentes que pueden ser factores precipitantes de dicha entidad, como en este caso fue un sistema inmune comprometido y/o debilitado.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1027

TROMBOSIS DE HEMANGIOMA PALMAR. COMPLICACIÓN INUSUAL DE TRATAMIENTO DE FERTILIDAD

M Zamorano Serrano, JA Marcos Alba, DP Chiliza Reyes, LF Abrego Vaca, CA Guillén Astete, C de la Casa Resino

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Palabras Clave: trombosis, hemangioma, fertilidad

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente mujer de 36 años que acude al Servicio de Urgencias remitida por su Médico de Atención Primaria para valoración de mala evolución de una celulitis palmar derecha. La paciente presentaba edema cutáneo en la eminencia tenar y en los dos primeros dedos de diez días de evolución, que ha sido tratado como una celulitis infecciosa y no mejora. Niega fiebre termometrada o sensación distérmica. La zona era muy dolorosa y presentaba una coloración amoratada. En la eminencia tenar la paciente presentaba un hemangioma desde el nacimiento. Y por debajo del mismo y en los alrededores, la zona era extremadamente dolorosa. No presentaba aumento de temperatura ni coloración rojiza en la piel. Como antecedente de interés la paciente había sido diagnosticada dos semanas antes de un síndrome de hiperestimulación ovárica leve tras un tratamiento de estimulación ovárica para poder realizar una fecundación in vitro. Tras la exploración y teniendo en cuenta los antecedentes se solicita un Eco-Doppler de partes blandas. Esta exploración nos arroja el diagnóstico de este caso confirmando la presencia de trombosis en el Hemangioma/malformación arteriovenosa que tenía la paciente desde el nacimiento en la palma de la mano derecha. A pesar de ser una trombosis muy periférica y de venas de pequeño calibre dada la afectación de la paciente por el dolor y la evolución tórpida del mismo se decide iniciar tratamiento con heparina de bajo peso molecular subcutánea (enoxaparina 40 mg al día). Presentando mejoría del dolor y del edema a los pocos días de iniciado el tratamiento.

Conclusiones:

Presentamos un caso de trombosis de un hemangioma palmar que la paciente tenía desde el nacimiento, secundario a un estado de hipercoagulabilidad inducido por un síndrome de hiperexcitación ovárica leve tras un tratamiento de fertilidad. Las complicaciones tiro boticas no son frecuentes en el estadio leve de este síndrome, aunque si en los casos moderados y graves. Este caso tiene la particularidad de que la paciente tenía desde el nacimiento una malformación arteriovenosa con una zona venosa irregular, campo ideal para generar una trombosis en esa situación de hipercoagulabilidad.

P-1028

ISQUEMIA ARTERIAL POSTRAUMÁTICA EN MIEMBRO SUPERIOR

G Fontalba Ruiz (1), A Rando Jiménez (2), L Fontalba Ruiz (3)

(1) Hospital Comarcal Ronda, (2) Hospital Regional Universitario de Málaga, (3) Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga

Palabras Clave: isquemia, arteria, extremidad superior

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 36 años, fumadora. Diagnosticada de costilla cervical derecha. Acude a urgencias en por dolor intenso y cianosis distal mano derecha con ulceración en pulpejo de tercer dedo. Un mes antes sufre traumatismo sobre muñeca y codo derecho tratada con férula durante 2 semanas, presentando el cuadro descrito ya desde la retirada de la misma. Niega episodios previos relacionados con el frío, ni artralgias u otras lesiones cutáneas. A la inspección destaca frialdad y cianosis de los dedos de mano derecha, mas acentuado en el tercero, con pequeña úlcera en el pulpejo del mismo. Relleno capilar aumentado. No se palpa pulso radial. En miembro contralateral no se aprecian alteraciones. Maniobra de Adson negativa. Analítica sin alteraciones. Rx tórax sin alteraciones Ante los hallazgos se solicita AngioTAC en el que se objetiva oclusión completa de la arteria braquial derecha de pocos centímetros antes de la flexora de codo con relleno distal de algunas colaterales casi como de la cubital. Sin evidenciarse relleno de la radial.

Conclusiones:

EL el caso de esta paciente se plantean como posibles causas de isquemia arterial posible trombofilia, un síndrome de estrecho torácico o traumatismo junto con compresión por férula. Estudia por cirugía torácica, que descarta Sd del estrecho, y por parte de hematología se descarta la trombofilia. Por lo que se concluye que la paciente presenta isquemia arterial en arteria braquial secundaria a traumatismo de la misma. En este tipo de lesiones, dado que el miembro superiores rico en colaterales, los síntomas pueden estar atenuados al inicio. La paciente fue tratada de forma conservadora con alprostadilo, antiagregantes y anticoagulantes con desaparición de dolor y parestesias sin recuperación de pulsos distales.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1029

VIRULENCIA DEL VIRUS INFLUENZA A EN UN PACIENTE JOVEN

AL Mora Gómez, IM Fernández Guerrero, B Molto García,
J Roca Guiseris, MM Ventura Ventura, A Román Serrano

Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Palabras Clave: influenza a virus, respiratory insufficiency, pneumonia influenza A

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

ANTECEDENTES PERSONALES: Varón de 36 años sin antecedentes personales de interés. ANAMNESIS: acude a urgencias por clínica de infección respiratoria de 1 semana de evolución, fiebre de hasta 39.5 °C, malestar general, hiporexia y astenia. Tratado con paracetamol y metamizol sin presentar mejoría. No refiere sensación disneica. EXPLORACIÓN: Mediano estado general, Glasgow 15/15. Taquipneico a 32 rpm sin empleo de musculatura accesoria. Tolerancia decúbito. No Ingurgitación yugular. Bien hidratado. TA: 95/53, Fc: 92, T°, 38.3, SatO2 de 83 % con FiO2 21%. AC: rítmico sin soplos audibles. AR: Crepitantes hasta campos medios con roncus y sibilantes generalizados. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hemograma: 2800 leucos (62.5% Neutrófilos, 27.5 % linfocitos, 9.6% monocitos). Plaquetopenia de 81.000. Serie roja normal. Bioquímica: U: 25, creat: 1.25, Na: 130. PCR: 27.81. Gasometría arterial: Ph: 7.45, PCO2: 30, PO2: 59, HCO3: 21, Ac. Láctico: 1.1. Radiografía de tórax: infiltrado bilateral difuso con condensación en LMI. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: la distribución de los infiltrados pulmonares es característica de infecciones respiratorias de origen viral por lo que se solicitó estudio de virus respiratorios, PCR de gripe A y B y neumonías atípicas (Legionella, Chlamydia). EVOLUCIÓN: Ingreso en observación con diagnóstico de infecciones respiratoria hipoxemiante de probable origen viral con posible sobreinfección bacteriana. Iniciamos, entre otros tratamientos, antibióterapia y tratamiento antiviral (oseltamivir), oxigenoterapia? La evolución fue tórpida con empeoramiento de la insuficiencia respiratoria, con aporte de O2 en mascarilla reservorio mantenía una SatO2 máxima del 86 %, empleo de musculatura accesoria? por lo que finalmente requirió ventilación mecánica. En las 24 horas siguientes al ingreso informaron el resultado positivo del PCR de influenza A.

Conclusiones:

La infección por el virus influenza A (H1N1) puede dar lugar a una infección respiratoria grave y a SDRA. La clínica es indistinguible de cualquier infección respiratoria y en situación de pandemia es preciso solicitar precozmente PCR para el virus influenza A e iniciar tratamiento antiviral así como medidas de aislamiento respiratorio y de contacto.

P-1030

ISQUEMIA AGUDA DE MIEMBRO SUPERIOR

M Cordero Cervantes, R Cenjor Martín, EM Prieto Piquero,
EM Cano Cabo, G García Estrada

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Palabras Clave: isquemia, dolor, palidez

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 39 años, fumadora de 25 paquetes/año. Antecedente de Enfermedad de Crohn. No toma de anticonceptivos. No antecedentes personales y familiares de trastornos de la coagulación. Consultó en el Servicio de Urgencias por desvanecimiento mientras estaba en un centro comercial, con intensos mareos, náuseas y vómitos. Además de dolor y frialdad en miembro superior derecho de tres horas de evolución. Recientemente había sido valorada SUH, siendo diagnosticada de cervicobraquialgia bilateral de predominio derecho, que no mejoraba con tratamiento antiinflamatorio. Refería desde hace varios meses clínica intermitente de dolor en mano derecha con cianosis digital que recuperaba espontáneamente. Exploración Presentaba frialdad y debilidad de miembro superior derecho, no palpándose pulso radial. Resto de extremidades sin alteraciones. Dolor a la palpación de región cervical. La exploración cardiorespiratoria y abdominal fueron anodinas. Ante la clínica de sospecha de isquemia aguda se realizó Angio TC de urgencia, que evidencia trombo flotante en tronco braquiocefálico, con trombosis de subclavia proximal y arteria humeral de brazo derecho. En evaluación posterior, la paciente recuperó pulso radial, estando la mano compensada por lo que se decidió anticoagulación con heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas. Diagnóstico diferencial. Isquemia de origen trombótico o embólico. Diagnóstico Isquemia aguda de miembro superior derecho por embolismo de trombo originado en tronco braquiocefálico. Evolución Se solicitó consulta con Medicina Interna y Hematología para estudio etiológico, no encontrando causa subyacente (TC tórax-abdomen y ANA normales), solo presentando como única alteración de riesgo trombótico, una elevación de los niveles de Factor VIII, probable relación con patología intestinal de base.

Conclusiones:

La isquemia arterial aguda es el resultado de la interrupción brusca del flujo arterial, originado por un fenómeno embólico o trombótico. La gravedad del cuadro estará determinada por el grado de obstrucción, velocidad de instauración, localización y la existencia de circulación colateral. La oclusión de la arteria subclavia puede producir síntomas de insuficiencia vertebrobasilar, isquemia de la extremidad superior, embolia distal o coronaria-robo de la subclavia. La intensidad de la isquemia y viabilidad de los tejidos se establecerá en función del pronóstico (dolor, parestesias, palidez, ausencia de pulso y parálisis) y de la exploración Doppler.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1031

NO TODO ES LO QUE PARECE. LA IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA

MB Nogales Merino, M Jiménez Parras, ML Morales Cevitanes, EM Fragero Blesa, J Gea Fernández, E Rosell Vergara

Urgencias. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Palabras Clave: cuadro constitucional, VIH, infiltrado micronodular bilateral

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 46 años, misionero, alérgico a Trimetoprima e IECA, exfumador desde hace 15 años, bebedor social, asmático e HTA, tratamiento Formodul y bisoprolol. Acude a urgencias por segunda vez por decaimiento y malestar general de varios días de evolución, acompañándose de sensación distérmica termometrada de 38°C y epigastralgia con episodios autolimitados de deshechos diarreicos que se controlaron con medicación. Refiere tos seca de varios meses, con diferentes tratamientos con escasa respuesta, sin dolor torácico. Pérdida de peso ponderada de 15 kg en 2 meses. Exploración: Consciente, orientado, colaborador. Sensación de enfermedad, febril, palidez cutáneo mucosa. Taquipneico en reposo, con uso de musculatura accesoria. Muguet, no adenopatías cervicales. ACR: tonos rítmicos sin soplos. Hipoventilación generalizada. Abdomen, sin masas ni megalias. Placas infiltrativas eritrovinosas que no desaparecen a la vitropresión de borde mal delimitados y de 4 cm en ambas plantas. Se solicitan complementarias, destacando en hemograma leucocitosis (17600) con 88.8% neutrófilos y 4.10% linfocitos, bioquímica sin alteración. Rx con infiltrado micronodular bilateral. Aporta analítica de sangre con perfil tiroideo sin alteración, pendiente de marcadores tumorales. Ante la sospecha diagnóstica, se incide en conductas de riesgo para infección por VIH. Reconoce relaciones homosexuales hace tiempo, por lo que se solicita consentimiento oral para realización de serología, confirmándose por parte de microbiología. Ingresa en Medicina Interna con diagnóstico de infección respiratoria compatible con *Pneumocystis jirovecii*. Se completa estudio en planta, con biopsia cutánea plantar: marcador de proliferación linfática positiva, compatible con sarcoma de Kaposi, Virus Herpes 8. Tras tratamiento con fluconazol y cotrimoxazol, presenta evolución favorable con mejoría de la insuficiencia respiratoria, del estado general y estabilización de las imágenes radiológicas, se decide alta a domicilio con diagnósticos de infección por VIH categoría C3 de la CDC, Nemonía por *Pneumocystis jirovecii*, y Sarcoma de Kaposi.

Conclusiones:

La historia clínica es una herramienta fundamental para la sospecha diagnóstica precoz de muchas patologías que se presentan en nuestras urgencias. Suponer (y no preguntar) que determinadas conductas no son posibles en determinadas personas puede hacernos retrasar el diagnóstico y la actitud terapéutica. Es importante incidir en la epidemiología de determinadas enfermedades.

P-1032

ENFERMEDADES TROPICALES ASENTADAS EN ESPAÑA

Y Jarabo López, MJ Huertas Sánchez, A Cazorla Méndez, MM Torrecillas Gómez, V Asensio Villanueva, AA Cantero Sandoval, R Rojas Luan

Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Palabras Clave: malaria, dengue, fiebre

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón 49 años. Natural de Murcia España. En 2012 viaja a Guinea Ecuatorial y permanece allí tres meses presenta cuadro febril corto que cede con tratamiento local oral que no recuerda. Posteriormente vuelve a España. En 2014 se muda a Guinea Ecuatorial donde reside en zona urbana de Malabo y zona selvática en cabañas de madera, se ha bañado en ríos y lagos, ha tenido picaduras de insectos. En este tiempo ha sufrido dos episodios febriles para los que se le indicó tratamiento oral en farmacia local que no recuerda y remitió cuadro. Antes de irse a Guinea hizo consejo viajero y recibió vacunación. No ha realizado profilaxis antimalárica. Vuelve a España hace 4 semanas. Presenta fiebre elevada de hasta 41°C en las últimas 72 horas junto a intensas tirritonas y diarrea sin productos patológicos tres deposiciones por día. En la exploración destaca afectación del estado general con T 40.1°C FC 120 LPM FR 16 TA 111/60 mm hg. Hepatomegalia no dolorosa 3 cm lóbulo hepático y izquierdo y esplenomegalia de 2 cm. En analítica: bilirrubina total 1.27 mg/dl, perfil hepático normal, pcr 6.39, pct 1.59. Hb 12.7-plaquetas 41000/mcl, leucocitos 3660 u/mcl con N2370 y L 620 u/mcl. INR 1.34. Presenta gota gruesa, antígeno plasmodium y Giemsa positiva para *P. falciparum*, parasitemia <1%. Serología Dengue con IgM + débil e IgG negativo. Estudio de Strongyloides, Necator y Ancylostoma, Giardia negativo. Se inicia tratamiento con atovaquona-proguanil que completa durante tres días sin problemas. Se diagnostica de cuadro mixto de Malaria y Dengue, pendientes segundas serologías para valoración de seroconversión por las implicaciones futuras de sucesivas infecciones. Control de malaria negativo.

Conclusiones:

Conocidas como enfermedades emergentes. El motivo es que hasta ahora no estaban presentes en nuestro país o llevaban mucho tiempo erradicadas. Han cruzado sus fronteras gracias al comercio global, a los viajes en avión y la creciente costumbre de irnos a vivir lejos de nuestro origen. Los expertos coinciden en que la mayor amenaza se sitúa en las costas del Mediterráneo. Como es el caso del mosquito tigre (*Aedes Albopictus*) que ha sido profusamente detectado en nuestro litoral y por lo que se le considera asentado. Se teme que el mosquito tigre pueda hacer las funciones del *Aedes Aegypti*. Y lo mismo ocurre con el mosquito *Anopheles*, pero poco a poco esta regresando a Europa.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1033

DOCTOR, SE ME HAN HINCHADO LAS PIERNAS

M García Moya, P Navarro González, M Montes Luna, A Pérez Martínez, A García Ruiz, M Requena Saiz, M Martínez Pascual

Hospital Francisco de Borja. Gandía

Palabras Clave: venous thrombosis, venae cavae, pulmonary embolism

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Presentamos el caso de un chico que acudió por edema en ambas piernas al hospital y terminó descubriendo que tenía una malformación vascular, que le hubiera podido causar un tromboembolismo pulmonar. Varón de 21 años sin antecedentes patológicos que acude a urgencias por edematización de ambas extremidades inferiores de 4 días de evolución. Además refiere dolor, impotencia funcional y palpitaciones. Presentó lumbalgia los días previos que trató con antiinflamatorio no esteroideo y reposo. No dificultad respiratoria, no dolor abdominal ni alteración ritmo intestinal, no oliguria ni síndrome miccional. No fiebre. Relata haber practicado más deporte del habitual los días previos. En la exploración destaca: taquicardia, discreta elevación de cifras tensionales, febrícula. Arañas vasculares en abdomen y edema en ambos miembros inferiores. Pulsos poplíteos y pedios presentes. No se palpa cordón venoso. Limitación a la flexión de ambas caderas. Diagnóstico diferencial: Trombosis venosa profunda (TVP), síndrome nefrótico, tromboembolismo pulmonar, celulitis, masa abdominal/urológica. En la analítica cabe mencionar: Hiperbilirrubinemia (2,14 mg/dL), PCR 40,13 mg/L, Trombopenia ($94 \times 10^9/L$), dímero D 3255 ng/mL, no proteinuria, no leucocitosis, anemia normocítica normocrómica. Tras ecografía descubrimos: TVP afectando a ambas venas femorales comunes y femorales en todo su trayecto y probablemente a venas ilíacas externas. Se diagnosticó de TVP bilateral femoral y se trató con heparina de bajo peso molecular a dosis anticoagulantes, diuréticos, analgesia y medias de compresión fuerte. En planta debido a la taquicardia se solicita AngioTAC. Desde el propio servicio de rayos se solicita un TAC abdominal: En Angio-TAC pulmonar se descarta TEP y en TC abdominal con contraste se observa agenesia congénita de vena cava inferior con drenaje colateral por sistemas venosos ácigos-hemiácigos, gonadal y plexo venoso epidural.

Conclusiones:

La agenesia de vena cava inferior es una malformación congénita poco frecuente. Actualmente su diagnóstico se basa en técnicas de imagen no invasivas (TAC y RMN). En la mayoría de casos constituye un hallazgo casual. En los pacientes sintomáticos, la clínica asociada es la de insuficiencia venosa y/o trombosis venosa profunda. El diagnóstico precoz de TVP en este caso pudo evitar que el paciente sufriera un tromboembolismo pulmonar.

P-1034

CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO CON REPERCUSIÓN CLÍNICA URGENTE

M Romany Casañ, J Guillén González, J Matamoros Hernández, L Manclús Montoya, M Cuenca Torres, P García Bermejo, L Holgado Castell

Hospital Universitario La Ribera. Alzira, Valencia

Palabras Clave: encefalitis, virus, urgencia

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN. La urgencia es siempre de carácter subjetivo y está determinada por el paciente. En dicho caso clínico se muestra un cuadro muy inespecífico con un diagnóstico claro objetivado en el Servicio de Urgencias. **OBJETIVO.** Manejo de las encefalitis herpéticas desde el Servicio de Urgencias. **MATERIAL O PACIENTE.** Motivo de consulta: alteración del comportamiento. Antecedentes personales: No RAM conocidas, dislipemia, fibroadenosis mamaria y tabaquismo. Enfermedad actual: mujer de 48 años que acude a urgencias por cuadro de menos de 24 horas de evolución consistente en cefalea, febrícula, alteración del comportamiento y del habla junto a mirada perdida. Además, asocia inestabilidad en la marcha. Niega tóxicos. No otra sintomatología clínica de interés. **MÉTODO.** Se procede a adecuada exploración y correspondiente petición de pruebas complementarias. Exploración física: T° 37°C. Estable hemodinámicamente. Mal estado general, impresionando de gravedad. Consciente, colaborada y orientada pero con ligera disartria y ligera distracción durante la anamnesis. Exoftalmos derecho, pupilas mióticas. No dismetrías pero marcha inestable con fuerza y sensibilidad conservadas. Resto de exploración reglada por aparatos dentro de la normalidad. Diagnóstico diferencial: encefalitis de origen vírico vs patología craneal vs lesión ocupante de espacio (LOE). **RESULTADOS TAC** cráneo: Sin hallazgos significativos. Punción lumbar: aumento de proteínas, aspecto del líquido transparente. Fórmula leucocitaria sin alteraciones, glucosa normal. Recuento celular normal. Analítica: ligera leucocitosis con desviación izquierda sin otros hallazgos. TSH normal. Orina: anodina. Radiografía de abdomen y de tórax: sin hallazgos significativos. ECG: Ritmo sinusal a 90 latidos por minutos sin alteraciones agudas ni de la repolarización.

Conclusiones:

Ante dichos hallazgos, se decide ingreso a cargo de Medicina Interna. Durante el ingreso se confirma diagnóstico de encefalitis herpética por herpes virus que mejora tras tratamiento antiviral. Ante una mujer joven, sana sin antecedentes de interés con cuadro clínico neurológico agudo hay que buscar una causa que justifique la clínica neurológica. Desde urgencias, descartamos lo urgente de lo que no lo es. Pero en ocasiones, llegamos al diagnóstico clínico que es fundamental para poder comenzar un tratamiento precoz y eficaz.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1035

COMPLICACIÓN EN BOMBA DE INFUSIÓN DE ANALGESIA, ¿VUELVO A TENER DOLOR!

L Gómez Rodríguez (1), G Ocete Burgos (2), A Pérez Ruiz (3)

(1) Hospital Regional Universitario de Málaga. Pabellón C. Hospital Civil, (2) Hospital Regional Universitario de Málaga. Pabellón B, (3) Hospital Comarcal Axarquía. Málaga

Palabras Clave: celulitis, chronic pain, infusion pumps

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Anamnesis: Mujer, 41 años, alérgica a penicilinas. En seguimiento por unidad del dolor por portar bomba de infusión de analgesia desde hace 3 años por Síndrome de Sudeck secundario a cirugía ortopédica del tobillo izquierdo hace 7. Último recambio hace 1 semana. Acude a urgencias hace 5 días por presentar desde el día del recambio de la medicación, malestar general y supuración en cicatriz de implantación. Diagnosticada de celulitis abdominal, es dada de alta con antibiótico tras toma de muestra para cultivo. Vuelve a consultar por no mejoría, fiebre de 38°C, dolor en extremidades inferiores con dificultad para su movilización y ansiedad asociada. Exploración física: Solo destaca discreta rigidez de nuca y solución de continuidad de unos 0.5 cms en cicatriz abdominal con supuración. Pruebas complementarias: Destaca neutrofilia sin leucocitosis en hemograma y PCR 54. Cultivo de exudado: *Staphylococcus epidermidis*. TAC craneal y punción lumbar normales. Juicio clínico: Infección de bomba de analgesia. Celulitis pared abdominal. Posible meningitis decapitada. Evolución: El paciente ingresa en Unidad de Infecciosos con tratamiento con Meropenem y Vancomicina. Se contacta con Unidad del dolor y retiran el material de infusión y catéter intratecal. Evoluciona favorablemente y se procede al alta días después. Discusión: Una bomba implantable es un dispositivo que administra fármacos en el espacio intratecal a través de un pequeño catéter. Están dirigidas a pacientes con dolor crónico severo sin respuesta a otros tratamientos. Consta de la inserción de un fino catéter en el espacio intratecal mediante punción en la columna lumbar o dorsal, y de la colocación de la bomba implantable bajo la piel. Se debe realizar en quirófano. Cuando la medicación se agota, es preciso rellenar la bomba de nuevo, puncionando con una pequeña aguja en ella. Durante la implantación o el recambio de medicación, se pueden producir complicaciones como la infección, por ello, debe garantizarse la máxima asepsia posible.

Conclusiones:

Hacer hincapié en mantener las máximas condiciones de asepsia en estos procedimientos para minimizar los riesgos que de por sí ya suponen. En este caso, hubo que retirar la bomba de infusión que tantos beneficios estaba suponiendo al paciente.

P-1037

UN CASO INUSUAL DE CÓLICO RENOURTERAL

ML Martín Jiménez, JN Fernández Cusicanqui, P Molina Ávila

Hospital Puerta de Hierro Majadahonda. Majadahonda, Madrid

Palabras Clave: abdominal pain, atrial fibrillation, renal artery embolism

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Describimos un caso de cólico renourteral complicado en paciente con fibrilación auricular. Varón de 82 años hipertenso, miocardiopatía dilatada isquémica con disfunción ventricular severa, fibrilación auricular permanente anticoagulada con acenocumarol e insuficiencia renal crónica estadio 3a. Independiente, sin deterioro cognitivo. Acude a Urgencias por dolor en hemiabdomen izquierdo de 72 horas de evolución, sin disuria, fiebre, traumatismo previo ni otra sintomatología. A la exploración, abdomen doloroso en flanco izquierdo con puñopercusión positiva, resto anodino. En analítica inicial destaca empeoramiento de función renal (creatinina 1.8 mg/dl, previas 1,2 mg/dl) y 20-25 hematíes por campo en orina, INR 1,6. Ecografía renal: riñones de tamaño normal, corticales de grosor y ecoestructura conservadas, sin hidronefrosis. Se inicia tratamiento analgésico sin mejoría, en analíticas seriadas se objetiva leucocitosis de 19.000 y elevación de creatinina hasta 2.1 mg/dl. Ante persistencia de dolor abdominal, junto con deterioro de función renal y hematuria se solicita TC abdomen con contraste donde se objetiva defecto de repleción en arteria renal izquierda provocando oclusión completa de su luz, desde su origen en aorta hasta su bifurcación, de 3cm de longitud, compatible con trombo agudo. Afectación difusa parcheada del parénquima renal, con extensas áreas hipocaptantes en probable relación con isquemia. El paciente ingresa en unidad de cuidados intensivos, realizándose fibrinólisis intraarterial local. En arteriografía de control a las 24 horas del procedimiento persiste trombosis proximal en arteria renal, siendo el parenquimograma prácticamente inexistente. Evoluciona sin complicaciones y es dado de alta a los pocos días. Durante el ingreso deterioro progresivo de función renal, al alta creatinina 2.6 mg/dl, urea 111 mg/dl.

Conclusiones:

La embolia arterial renal es una entidad muy infrecuente (< 3 % de las causas de fracaso renal agudo). Es más prevalente en ancianos con antecedentes de fibrilación auricular. Hay que sospecharla ante episodios de cólico renourteral que no mejoran con analgesia y ecografía sin hallazgos. Es más frecuente en el lado izquierdo, debido al ángulo agudo que forma la aorta con la arteria renal. La hematuria y elevación de LDH apoyan el diagnóstico, ésta última no estuvo disponible pues su determinación no se realiza de forma urgente en nuestro centro.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1038

UNA SINUSITIS INUSUAL

**P Díaz Casanova, L Abejón López, PE Páez García,
A Crespo Giménez**

Hospital Universitario Infanta Sofía. Alcobendas, Madrid

Palabras Clave: abscess, sinusitis, empyema

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Presentamos una evolución inusual de una sinusitis maxilar aguda. Mujer de 28 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por rinorrea bilateral de 5 días de evolución y dolor a la presión de senos frontal y maxilar izquierdos en las últimas 24 horas. No refiere cefalea ni fiebre. A la exploración física sólo destaca dolor a la palpación de seno maxilar izquierdo. La Rx senos paranasales confirma la ocupación del seno maxilar izquierdo. Se procede a su alta con juicio clínico de sinusitis maxilar izquierda y se pauta amoxicilina/clavulánico 875/125 mg 10 días. Acude de nuevo a los 10 días por dificultad en la emisión del lenguaje de 5 horas de evolución, disminución de fuerza en hemicuerpo derecho y fiebre. A la exploración destaca obnubilación y extinción sensitiva, visual y motora derecha. En TAC cerebral se aprecia imagen compatible con absceso frontal izq, colección subdural frontoparietotemporal izq y herniación subfacial. EL TAC de senos muestra ocupación de todos los senos paranasales izquierdos y dehiscencia ósea en la lámina cribosa, adyacente a la apófisis cresta galli y al receso frontoetmoidal. Se pauta Ceftriaxona + Vancomicina + Metronidazol y Dexametasona iv, y se realiza una craneotomía descompresiva, evacuación del empiema y absceso y drenaje de senos. A los 2 meses, la RM cerebral muestra absceso residual frontal sin edema y desaparición del empiema subdural.

Conclusiones:

La sinusitis aguda es una infección localizada en la mucosa de senos paranasales. En la mayoría es vírica y sólo un 2% se sobreinfectan por bacterias. Es poco frecuente la presencia de complicaciones cerebrales, siendo más frecuentes las orbitarias. Sin embargo, debemos estar siempre alertas en busca de signos de alarma de sinusitis complicada, como dolor ocular con los movimientos oculares y/o limitación de la movilidad de éstos, ptosis protopsis y midriasis, diplopia o pérdida de visión, deterioro neurológico, cefalea intensa, brusca y refractaria, rigidez de nuca, otalgia y enrojecimiento retro-auricular etc., de ahí la importancia de una historia clínica y exploración adecuada. En el caso de nuestra paciente la actitud fue adecuada, pues no tenía estos signos de alarma y la antibioterapia inicial fue correcta.

P-1039

SÍNDROME DEL DEDO AZUL

AM Maldonado Santiago, V Piña Martín, JM Martínez Martínez

Hospital Torrecárdenas Urgencias. Almería

Palabras Clave: cianosis, aneurisma, dolor

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Hombre de 45 años fumador de 40 cigarros día. No otros antecedentes. Se deriva a consulta de banales por dolor en primer dedo del pie derecho. Tres días de clínica antes de acudir a Urgencias. Sin traumatismo previo. En la Historia en Consulta refleja un dolor súbito en el primer dedo y desde entonces cambio en la coloración. En la exploración destaca cianosis en dedo(no necrótico). Resto de la exploración dentro de la normalidad. Salvo que se ausculta un soplo a nivel de arteria femoral. Con pulsos palpables normales de la normalidad. Se ausculta a nivel femoral derecho soplo. La clínica del paciente es muy anodina, la coloración azulada es lo más llamativo y el dolor, que en una escala de EVA el paciente define como 6 puntos. Si es cierto que había consultado en Atención Primaria cuatro días antes iniciando tratamiento con antibioterapia y analgesia.

Conclusiones:

Se trata de una embolización de origen distal procedente de un aneurisma ocasionado a nivel de arteria femoral. Caso poco frecuente y de muy difícil diagnóstico que requiere pensar en la posibilidad para llegar al diagnóstico. Los casos poco frecuentes clínicamente suelen pasar desapercibidos o son catalogados en ocasiones como no urgentes y por eso no se diagnostican con mucha frecuencia en Urgencias. Su diagnóstico suele hacerse cuando han llegado a complicarse. Este paciente precisó ingreso en la Unidad de Cirugía Vascular inicialmente con percusión de prostaglandinas y posteriormente necesitó intervención mediante la implantación de un bypass. Conclusión: la consulta de banales nos hace muchas veces acelerar el diagnóstico y puede pasarse por alto una patología que por su poca frecuencia nos haga pensar que no reviste gravedad.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1040

MIASIS FORUNCULOIDE POR DERMATOBIA HOMINIS

J Martínez Illera, JM Palomero del Río, S Juárez de Sosa, C Gómez Sánchez, S Paredes Carcedo, J Boado Lama, R Pereda García

Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: miasis, forunculoide, dermatobia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

La miasis forunculoide es una enfermedad parasitaria producida por la larva de la mosca *Dermatobia hominis*, endémica del sur de México, y de Centro y Sudamérica. Se describe el caso de un paciente de 31 años, que ha realizado un viaje de 6 meses a Bolivia, Uruguay y Brasil. Desde su regreso ha desarrollado lesiones cutáneas de tipo foruncular en diversas localizaciones (extremidad inferior, región facial, torácica e inguinal) y diferente estadio, la mayoría cicatricial. Desde hace 2 semanas presenta 3 lesiones forunculares en región inguinal derecha con importante componente inflamatorio y secreción piosanguinolenta. De una de ellas emerge una larva que el paciente aporta y cuyo análisis microbiológico es compatible con *Dermatobia hominis*. Se realizó cura local y tratamiento con antibioterapia tópica y oral.

Conclusiones:

Los casos de miasis forunculoide que se han descrito en España suelen ser importados, ya que ninguna de las especies de larvas que producen estas miasis habita en España. Las dos especies que destacan por su frecuencia en la producción de miasis forunculoide son la *Dermatobia hominis*, especie que habita en Iberoamérica, y la *Cordylobia anthropophaga*, que corresponde a los casos de miasis forunculoide importadas de África. El tratamiento consiste en ocluir el orificio cutáneo con vaselina, grasa o petrolato para obligar a salir a la larva, y proceder luego a la compresión lateral de la piel. También son útiles la crioterapia o la escisión quirúrgica, procurando en todo caso que no queden restos de la larva. Debe evitarse la infección secundaria mediante la cobertura antibiótica adecuada.

P-1041

CÓDIGO ICTUS EN VARÓN JOVEN CON PRONÓSTICO INFAUSTO A PESAR DE TRATAMIENTO TROMBOLÍTICO

A Comino García, I Cañizares Sánchez, V Delgado Gil, WM Gómez Castillo, FJ Pérez Delgado, C Gil Sánchez

Hospital Comarcal la Línea de la Concepción. Cádiz

Palabras Clave: accidente cerebrovascular, isquemia, trombolisis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 41 años traído a hospital, por imposibilidad para hablar con pérdida brusca de fuerza en hemicuerpo derecho de 30 minutos de evolución. No antecedentes personales, ni consumo de tóxicos, ni tratamiento. Activándose código Ictus por 061: Consciente, orientado, Glasgow 15/15. Cardiopulmonar sin hallazgos. Afasia motora verbal, desviación comisura bucal izquierda, parálisis facial derecha, hemiplejía derecha braquiocrural, déficit sensitivo braquiocrural derecho. Escala NISHH a su llegada: 18. Leucocitosis. Drogas de abuso negativo. TAC Cráneo sin contraste: Ligera disminución densidad en el territorio arteria Cerebral media izquierda, sugestiva de infarto isquémico de reciente instauración. No efecto masa significativo sobre el sistema ventricular ni desviación de la línea media. No sangrados intra, ni extraparenquimatosos. Juicio clínico Accidente cerebrovascular isquémico arteria cerebral media izquierda. Ante estos hallazgos, criterios de fibrinólisis, ausencia de contraindicaciones y tras consultar caso con Neurólogo, se realiza trombolisis con Factor activador tisular del plasminógeno recombinante, previo consentimiento. A las 4 horas, tras fibrinólisis, el paciente sufre severo deterioro neurológico. Nuevo TAC cráneo: con respecto al estudio previo se ha desarrollado un área extensa de hipodensidad en el territorio de arteria cerebral media izquierda, incluyendo núcleo lenticular izquierdo, desarrollando efecto compresivo/colapso parcial sobre ventrículo lateral adyacente sugestivos de infarto isquémico extenso Arteria cerebral media izquierdo con desarrollo de edema. Trasladándose a hospital de tercer nivel de referencia, falleciendo en pocas horas por edema cerebral masivo.

Conclusiones:

Ponemos de manifiesto la importancia de la activación y puesta en práctica de Código Ictus precozmente posible. Sin embargo, en determinados pacientes a pesar de conseguir una crona adecuada del tratamiento fibrinolítico cuando se cumplen los criterios vigentes, el pronóstico y la recuperación puede ser infausta. Destacar que en nuestro paciente el fallecimiento fue consecuencia de la ausencia de eficacia del tratamiento fibrinolítico, no como consecuencia de las complicaciones de dicho tratamiento, de ahí la importancia de disponer de Unidades de Ictus de referencia para pacientes en los que se prevé una mala evolución y en los que se planteen terapias alternativas tras el fracaso de la trombolisis sistémica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1042

CELULITIS NASAL: INFECCIÓN DE ALTO RIESGO. TROMBOSIS SÉPTICA DEL SENO CAVERNOSO

JR González Ramírez, J Medina Díaz, L Lorenzo Garde,
M Dorta Romero, N Díaz Ortega, E Ugalde López

Hospital General de La Palma. La Palma. Santa Cruz de Tenerife

Palabras Clave: trombosis seno cavernoso, infección, cefalea

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

La trombosis venosa cerebral es una entidad poco frecuente, 3-4 casos por millón de habitantes, que representa el 0.5% de todos los infartos cerebrales. Suele presentarse en cualquier edad, pero predomina en pacientes jóvenes, mujeres, entre la 4ª-5ª década de la vida y presenta una mortalidad aproximada del 30%, con morbilidad residual en el 50% de los pacientes, siendo la neuropatía craneal la principal afección. Presentamos el caso de un varón de 21 años que acude al servicio de urgencias por cefalea de una semana de evolución de inicio holocraneal, posteriormente frontal derecha, y náuseas de horas de evolución, sin referir focalidad neurológica ni trastornos visuales. Actualmente presenta celulitis nasal en tratamiento desde hace 10 días con Amoxicilina-Clavulánico, Paracetamol y Prednisona. Exploración física: Estable hemodinámicamente, sin focalidad neurológica, con movilidad ocular conservada y con presencia de eritema en ala nasal izquierda. Pruebas-complementarias: Bioquímica-Hemograma: Leucocitosis con neutrofilia y PCR 7.86, resto normal. TAC-craneal sin/contrastado y venografía-TC: Marcada asimetría de realce a nivel de seno cavernoso derecho, aumentado de tamaño y con aparentes defectos de repleción, compatible con trombosis. Punción lumbar: Líquido claro, pH 8, proteínas 43.8mg/dl, glucosa 68mg/dl, células 4 y tinción de Gram sin visualizarse microorganismos. Diagnosticado de la trombosis séptica del seno cavernoso (TSSC) por celulitis nasal se procede a ingreso en UCI, continuando tratamiento antibiótico con Vancomicina, Ceftriaxona y Metronidazol, anticoagulación con Acenocumarol/Heparina de bajo peso molecular y Dexametasona. Tras ingreso en UCI el paciente pasa al Servicio de Neurología, completando tratamiento antiinflamatorio con corticoides y tratamiento antibiótico durante 21 días con Vancomicina y Ceftriaxona, suspendiendo el tratamiento con Metronidazol a los 7 días por hepatitis tóxica que se resolvió.

Conclusiones:

La TSSC es un proceso tromboflebítico de las venas intracraneales de etiología infecciosa a la que se pueden vincular otras entidades etiológicas como las infecciones de origen facial, (sinusitis, infecciones otológicas, odontogénicas, faríngeas) y focos sépticos distantes. Es una infección más frecuente en adultos jóvenes, cuyo pronóstico se basa en el tiempo de demora del diagnóstico, antecedentes personales de infecciones previas y comorbilidades asociadas. En el 25% de los casos la infección tiene origen facial, donde *S. aureus* es el organismo más frecuentemente aislado (70%), seguido de *Streptococcus* spp. (30%).

P-1043

AVC ISQUÉMICO COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE ENCEFALITIS POR VIRUS VARICELA ZÓSTER

F Moreno Calatrava (1), M Gil López (1), E Prado Mel (2)

(1) Hospital la Merced (Área Sanitaria de Osuna), (2) Hospital Público Comarcal La Inmaculada (Huércal Overa)

Palabras Clave: encefalitis, varicela zoster, vasculitis, central nervous system, herpes zoster

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón, 75 años, alergia metamizol, buena calidad de vida, obesidad, hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, EPOC. Es traído por encontrarlo confuso en horas previas. Ningún otro síntoma añadido. A su llegada a urgencias presenta inicialmente, bajo nivel de conciencia, eupneico, roncus dispersos sin crepitantes, corazón normal. Saturación sin O2 del 92%, TA 145/84, FC 85, T°35, glucemia 105, buena perfusión periférica, Glasgow 10, sin focalidad neurológica, pupilas isocóricas y normoreactivas. En hemicara izquierda presenta una piel eritematosa, edematosa, indurada con lesiones vesiculosas y costrosas compatible con celulitis tipo herpes zoster de 24h de evolución. Resto de la exploración sin hallazgos de interés. Analítica inicial anodina, TAC craneal: dudosa imagen de hipodensidad en tronco del encéfalo. Aconseja evolución clínica y control de TAC. JC : Sospecha de AVC isquémico de tronco. Tras 8 h en observación comienza con disminución del Glasgow progresiva hasta requerir aislar la vía aérea, convulsiones, fiebre, neutrofilia relativa 78% y PCR 160. Ante la sospecha de encefalitis se decide antibioterapia empírica y punción lumbar. En LCR, perfil vírico : hematíes 70000/mm3, 90cel/mm3, 88%mononucleares, ADA6U/l, glucosa 101mg/dl, proteínas 108mg/dl. JC Sospecha de encefalitis aguda grave de perfil vírico por VZ. Se añade Aciclovir.

Conclusiones:

Durante años la primoinfección por VV y su reactivación como varicela zoster (VZ) ha sido considerado un proceso menor. Hoy día sabemos que la morbimortalidad asociada es significativa, especialmente en inmunocomprometidos, donde se compromete especialmente la inmunidad celular (edad, quimioterapia, VIH...), pero también en inmunocompetentes. La infección latente se produce en la mayoría de los primoinfectados por el virus, pero sólo el 25-30% desarrollan el herpes zóster alguna vez en su vida, donde las lesiones dérmicas pueden estar ausentes. Se quiere destacar el papel del virus varicela zóster (VZ) como causa de complicaciones neurológicas graves en pacientes inmunocompetentes y que debido a su mecanismo fisiopatológico, puede manifestarse al inicio como eventos isquémicos y/o hemorrágicos. VZ produce al inicio vasculitis focal o multifocal en vasos de pequeño y gran calibre, que se manifiestan como procesos isquémicos, hemorrágicos secundarios a trombosis, disecciones, aneurismas, evolucionando posteriormente a encefalitis, meningitis, meningoencefalitis, mielitis. La evolución clínica, pensar en el diagnóstico, las pruebas de imagen y de laboratorio nos darán la clave.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1044

DOCTORA ¿NECESITA TANTAS PRUEBAS PARA MI DIAGNÓSTICO?

I L F, J Montalva Barra, J Esplugues Marrahi, A León Medina,
R Abu Raiya, J Millán Soria, A Lombardi

Hospital Lluís Alcanyis. Valencia

Palabras Clave: fiebre persistente, cefalea, serología

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente varón de 15 años de edad que acude a nuestro Servicio por cefalea holocraneal, pérdida de apetito y odinofagia tras proceso febril de 7 días de evolución que respondió a tratamiento con cefuroxima 500 mg y que ante los síntomas descritos solicita nueva valoración. Analíticamente leucopenia leve de 3.6, granulocitos de 32, PCR 9.9, procalcitonina negativa, sedimento igualmente negativo. Se realiza prueba rápida del látex mononucleosis negativo y al alta se solicita serología. Acude nuevamente 10 días asintomático remitido desde primaria por serología positiva a EBV (IgG) y a Legionella (IFI Ig M). Se realiza Rx torácica y se repite analítica para revisar la historia clínica y se valoran nuevos diagnósticos.

Conclusiones:

Ante fiebre, cefalea y otros síntomas víricos que responden parcialmente a tratamiento antibiótico y con serología positiva a Legionella hay que descartar otros procesos diferentes a Neumonía. En este caso ante Rx torax normal y recuperación completa con seroconversión positiva a legionella nos hace pensar en la FIEBRE DE PONTIAC como posible diagnóstico definitivo.

P-1045

EPIGASTRALGIA EN PACIENTE CON ANEMIA DE FANCONI

E Muñoz Rubio (1), A Izquierdo Gómar (2), OY Gómez Nieves (3)

(1) Centro de Salud Saladillo, (2) Hospital de La Línea de la Concepción, (3) Hospital Punta Europa. Cádiz

Palabras Clave: anemia de Fanconi, trombosis mesentérica, abdominalgia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Trombosis vena porta. Cavernomatosis portal. Déficit piruvato quinasa con anemia hemolítica hereditaria. Anemia Fanconi (con malformaciones esqueléticas: sindactilia bilateral metacarpianos, micrognatia, pectum excavatum). Hemocromatosis postransfusional. Colon irritable. Insuficiencia hipofisaria con déficit de hormona del crecimiento. EPOC asmático, G2P1A1 .IQX. Esplenectomía, hernia umbilical. Tto. actual: exajade , oslif breeshaler, ekhila genuair, omnitrope HCG, Acofol. M.C. Mujer de 43 años que consulta por epigastralgia de 7 días de evolución. No náuseas, ni vómitos, no fiebre, no alteración hábito intestinal. Exploración física: AEG, Afebril. HD estable. ACP. TCRs no soplos ni rones. MVC sin RSA. Abdomen blando y depresible, sensible a la palpación en epigastrio. Blumberg y Murphy negativos. Pruebas complementarias. Analítica: Hb 11.9, leucos 9000 sin alt. fórmula, Plaquetas 416 000. Coagulación: Dímero D 997. Bioquímica normal. Estudio de trombofilia normal. TAC: Hilio hepático con cavernomatosis portal, existiendo trombosis de la vena mesentérica superior. Hígado en fase arterial, se aprecian 3 lesiones en hígado hipercaptantes en fase arterial de unos 8mm en segmento IV,VI y II, que podrían corresponder con trastornos de perfusión.

Conclusiones:

La anemia de Fanconi es una enfermedad hereditaria rara con una frecuencia de 1 por cada 350.000 nacimientos. Un 60-75% de los pacientes tienen defectos congénitos, generalmente retraso pondoestatural, anomalías en la piel, brazos, cabeza, ojos, riñones y oídos, además de alteraciones del desarrollo. La esperanza de vida ronda los 30 años de edad. La isquemia mesentérica se define como un déficit circulatorio total o parcial con respecto a los requerimientos intestinales, que puede causar necrosis total o segmentaria. La oclusión tromboembólica de la arteria mesentérica superior es una patología infrecuente, con una incidencia de 8.6/100,000 personas al año. La isquemia mesentérica puede presentarse como uno de dos síndromes clínicos distintos: isquemia mesentérica aguda e isquemia mesentérica crónica. Corresponde a una entidad subdiagnosticada, pues sólo es posible reconocerla cuando debuta catastróficamente como infarto intestinal, o cuando el clínico sospecha su presencia ante una historia de dolor abdominal crónico y progresivo. Los fenómenos isquémicos intestinales corresponden a 1% de los pacientes con abdomen agudo. El diagnóstico precoz logrará mejorar el pronóstico, pero aún la mortalidad es cercana a 70%.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1046

CIANOSIS EN BRAZO, UNA TROMBOSIS MULTIFACTORIAL EN URGENCIAS

M Moreno Fernández, E Lagares Santana, F Muñoz Lara, A Martín Páez, S Ramírez Plaza, P Rodríguez-Villasont González

Hospital Regional de Málaga

Palabras Clave: thrombosis, ischemia, treatment

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción: La isquemia arterial en urgencias supone un reto diagnóstico por la necesidad de una actitud rápida para mejorar el pronóstico de la extremidad afecta, e iniciar el tratamiento más adecuado. Ámbito del caso: Paciente de 37 años que acude a urgencias por dolor en antebrazo derecho junto con cianosis y una ulceración en 3er dedo de mano de dos semanas de evolución. Paciente fumadora sin enfermedades médicas, que dos semanas atrás se hizo daño al coger unas pesas, acudió a urgencias donde se le realizó Rx sin alteraciones, pero dado el dolor se le colocó ortesis de escayola en antebrazo y se le derivó a consulta de traumatología, en revisión se retira ortesis y se aprecia frialdad de MSD desde codo hasta mano con ulceración en la misma, úlcera que apareció a los pocos días de colocar la escayola, se deriva a urgencias. En urgencias se le realiza angioTAC MSD apreciándose oclusión completa de arteria braquial derecha pocos centímetros antes de la flexura del codo, relleno distal por colaterales. Se ingresa para tratamiento médico y estabilización, buen resultado tras tratamiento, dándose de alta sin dolor en brazo, mano con aceptable perfusión. Se establecen como posible etiología del cuadro un origen multifactorial del posible cuadro trombótico, una posible trombofilia, Síndrome de estrecho torácico e inmovilización con ortesis que pudo producir una estenosis a nivel del codo.

Conclusiones:

Las isquémicas se clasifican en base a su inicio (aguda, subagudas o crónicas) y a su severidad (incompletas, completas, irreversibles), los síntomas son dolor, disminución del pulsos y T° local, palidez, entre otros. La isquemia periférica aguda es causada comúnmente por una oclusión trombótica de un segmento estenosado en un 60% de los casos y por émbolos en un 30%. La arteria humeral se afecta habitualmente en un 3% de los casos, siendo la más frecuente la arteria femoral en un 46%. Para su diagnóstico se suele realizar la angiografía. En cuanto al tratamiento requiere de terapia anti-trombótica habitualmente con enoxaparina y altrostadilo y un posterior tratamiento quirúrgico en las causas subagudas, las agudas requieren tratamiento quirúrgico o fibrinolítico de inicio. El diagnóstico precoz de la isquemia aguda es la calve para mejorar su pronóstico.

P-1047

DIVERTÍCULO TRAQUEAL COMO CAUSA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS DE REPETICIÓN Y DISFONÍA

S Fernández López, L Mechbal Gracia, F Rico Rodríguez, M Guzmán Regalado, MA Aguayo López, A López Sánchez, E Piñero Flores

Hospital Valle de Los Pedroches. Peñarroya Pueblonuevo, Córdoba

Palabras Clave: tracheal diseases, diverticulum, respiratory tract infections

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 83 años que acude a Urgencias por quinta vez en los últimos seis meses aquejando tos, expectoración mucopurulenta y disfonía, en esta ocasión además refiere esputos hemoptoicos. ANTECEDENTES PERSONALES: Exfumador desde hace 9 años con un consumo acumulado de 26 paquetes/año, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), síndrome de apnea-hipopnea del sueño en tratamiento con presión positiva continua en la vía aérea y dislipemia. EXPLORACIÓN FÍSICA: Saturación de oxígeno basal del 99%, hemodinámicamente estable. Cuello sin alteraciones. Orofaringe anodina. Corazón rítmico a buena frecuencia. Murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. Abdomen y extremidades sin alteraciones. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hemograma, bioquímica, coagulación y radiografía de tórax sin alteraciones relevantes. Se solicitó valoración por el otorrino de guardia quien realizó una fibrolaringoscopia directa que no mostró anomalías e indicó, ante la sospecha de una patología grave, la realización de una TAC de cuello y tórax en la que se evidenció una imagen sacular con contenido aéreo dependiente de la pared posterolateral derecha de la tráquea, de 1.7 x 1.2 cm de diámetros axiales sugestiva de divertículo traqueal la cual fue confirmada posteriormente por broncoscopia. DIAGNÓSTICO: Divertículo traqueal.

Conclusiones:

El divertículo traqueal es una entidad clínica rara con una prevalencia menor del 2% consistente en una o múltiples evaginaciones de la pared traqueal. Su origen puede ser congénito, aunque lo más frecuente es que sea adquirido en relación a patologías que cursan con tos crónica, como la EPOC, debido a un aumento crónico de la presión intraluminal. Clínicamente la mayoría son asintomáticos, pero puede debutar con tos persistente, infecciones respiratorias recurrentes y dolor torácico. Como complicaciones excepcionales se han descrito la parálisis laríngea recurrente por compresión (como ocurre en nuestro caso) o la aparición de neumomediastino tras una intubación endotraqueal dificultosa. El diagnóstico se realiza mediante la TAC, en la que se muestra una colección aérea principalmente en el margen posterolateral derecho de la tráquea (95%). La broncoscopia confirmará el diagnóstico. El tratamiento es conservador con antibióticos y mucolíticos, reservándose la cirugía para aquellos casos muy sintomáticos por infecciones de repetición graves o por compresión de estructuras vecinas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1048

¿NO TODO ES LO QUE SE VE? ENFISEMA SUBCUTÁNEO

V Acosta Ramón, WR Ferrero Ohse, I Mantiñán Vivanco,
J Andino López, G Rosario Godoy

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras Clave: enfisema subcutáneo, contusión contundente, dolor intercostal

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción: El enfisema subcutáneo (ES) se define como la tumefacción producida por la presencia de aire o gas en la piel. Generalmente ocurre en la piel que cubre la pared torácica o el cuello, pero también se puede presentar en otras partes del cuerpo. Existen diferentes causas, entre una de ellas ésta el traumatismo contundente como es el caso de nuestro paciente. Paciente y Métodos: Varón de 52 años de edad. Antecedentes personales: FRCV: Fumador. 20 paquetes/año. Niega HTA, DM. Derivado de S.U de AP por edema facial de pocas horas de evolución posterior a siesta. No lo relaciona con alimentos. Refiere haber tomado Ibuprofeno (1 comp) por dolor intercostal posterior a caída de hace menos de 24 hs. No dolor torácico. En su centro de salud se pauta STAT 80 mgs IM de Metilprednisolona. Y se deriva al Servicio de Urgencias Hospitalarias. Resultados: A su llegada a urgencias se evidencia cifras tensionales de 198/89mmHg. FC: 70lpm. SatO₂: 97% (basal). Eupnéico en reposo y hemodinámicamente estable. Impresiona edema facial importante que llega hasta cuello acompañado de voz gangosa. A la AP: Murmullo vesicular conservado con algún roncus disperso. Rx de tórax: Fractura de 4to y 5to arcos costales. Enfisema subcutáneo. Es Ingresado en Cirugía torácica para la colocación de drenaje subcutáneo. Discusión: A la llegada a SUH se enfoca la atención al edema facial el cual se trata como una Anafilaxis y se intenta tratar la HTA con 75 mgs VO de captopril en 3 tomas separadas. Se sesgo la anamnesis y no se dio importancia a la caída que había sufrido 24 horas antes con contusión costal. Objetivo: Es importante realizar una buena anamnesis y una exploración física. En muchos casos suele ser dirigida, lo cual perjudica al paciente porque podría enmascarar la patología de base.

Conclusiones:

El enfisema subcutáneo suele ser una entidad generalmente benigna y de curso autolimitado. Existe un potencial riesgo de complicaciones por acumulación masiva de aire que puede comprometer la vida del paciente al interferir en la mecánica respiratoria y dificultar el retorno venoso.

P-1049

DIARREA CRÓNICA COMO DEBUT DE UN SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

MO García Sánchez, F Oltra Hostalet, MM Portillo Cano,
E Salamanca Rivera, C Navarro Bustos

Hospital Virgen Macarena. Sevilla

Palabras Clave: diarrea, pérdida de peso, VIH

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 41 años, con antecedentes personales de hernia inguinal izquierda no intervenida, quistes hepáticos, litiasis renal, anemia crónica en tratamiento con hierro oral y ácido fólico, y estudiado en consultas de digestivo por cuadro diarreico con sospecha de intolerancia a gluten o lactosa, siendo negativo el estudio, que consulta en urgencias por presentar cuadro de diarrea crónica desde junio de 2015, que alterna con periodo de estreñimiento. Se acompaña de pérdida de unos 15 kg de peso. No presenta fiebre, ni dolor abdominal ni náuseas, ni productos patológicos en las heces. El paciente refiere también astenia intensa, pero sin pérdida de apetito. La exploración física resulta anodina. Dada la presencia de anemia crónica, diarrea y pérdida de peso, y habiéndose descartado la presencia de intolerancia alimentaria, se decide realización de colonoscopia en busca de posible etología colónica, y analítica sanguínea donde obtenemos hemorroides grado I, anemia normocítica normocrómica y leucopenia con linfopenia, siendo el resto del estudio normal, incluyendo marcadores tumorales y perfil nutricional. Se realizan además estudios microbiológicos obteniendo positividad para sífilis, VIH y serología de síndrome mononucleósido. El paciente es diagnosticado de VIH estadio C3, y es derivado a consultas de enfermedades infecciosas, recibiendo tratamiento antirretroviral y para sífilis, con buena evolución.

Conclusiones:

La realización de la prueba de detección de anticuerpos al VIH ante síntomas y signos clínicos sospechosos de infección viral, en grupos de riesgo o de manera rutinaria, permitiría su diagnóstico temprano, evaluación y tratamiento adecuado. Las diarreas son uno de los síntomas más frecuentes de la infección por VIH por lo que dicha infección debe ser uno de los diagnósticos a descartar en pacientes con síndrome diarreico crónico. En nuestro caso, se trata de un paciente sexualmente activo, que presentaba un cuadro de diarrea crónica, junto con importante pérdida de peso, sin que el cuadro impresionara de patología tumoral. Reinterrogándolo posteriormente comentaba relaciones sexuales de riesgo.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1050

¿QUIÉN DA MÁS?: LESIONES CUTÁNEAS Y FIEBRE EN UNA PACIENTE INMUNODEPRIMIDA

**A Bautista Hernández, I Guerra Molina, E Contreras Murillo,
C del Arco Galán**

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

Palabras Clave: immunosuppression, fever, skin ulcer

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 63 años valorada en urgencias por fiebre. Como antecedentes médicos relevantes presenta un trasplante renal de donante cadáver en 2012 por enfermedad renal crónica de etiología no filiada en tratamiento con micofenolato y tacrolimus, sin corticoides. Presenta fiebre de 39°C desde hace 4 días, deterioro del estado general y una lesión cutánea dolorosa en la cara posterior de pierna derecha que ha empeorado a pesar de tratamiento oral con amoxicilina-clavulánico. En la exploración física se objetivan constantes vitales normales salvo temperatura de 37,9°C, lesión cutánea en la pierna derecha ampollosa de 2.5cm con morfología anular, zona central deprimida e intenso eritema circundante, y dos lesiones en abdomen y una en dorso de antebrazo izquierdo de 3-5mm caracterizadas por una versículo-ampolla central de contenido hemorrágico rodeadas de una área eritematosa e infiltrada. En la analítica destaca leucopenia de 1.78 Miles/mm³ con monocitosis, creatinina 1.95 mg/dL, procalcitonina 1.1 ng/mL y L-lactato 2 mmol/L, con radiografía de tórax sin alteraciones. El diagnóstico diferencial en nuestra paciente es muy amplio. Las infecciones son una causa importante de fiebre y patología dermatológica. Su etiología varía a lo largo del período post-trasplante (nosocomiales, oportunistas, comunitarios adquiridos o reactivados), del fármaco inmunosupresor utilizado y del tipo de inmunidad afectada: en casos de neutropenia o disfunción de neutrófilos suelen ser bacterias (*Pseudomonas aeruginosa*, *Stenotrophomonas maltophilia*, *Aeromonas hydrophila*, estreptococos, clostridios) y hongos (*Candida* spp, *Aspergillus* spp, familias *Mucoraceae* y *Fusarium*), en la celular gran variedad de bacterias intracelulares, microorganismos extracelulares (*Pneumocystis jirovecii*, *Strongyloides* y *Candida* spp.), micobacterias, virus, hongos y parásitos. Debemos atender también a cuadros no infecciosos como la enfermedad de injerto contra huésped, reacciones farmacológicas o el Síndrome de Sweet.

Conclusiones:

Nuestra paciente presenta una neutropenia severa, inmunosupresión celular, humoral y sepsis cutánea grave compatible con ectima gangrenoso. Se recogieron muestras para cultivos e iniciamos tratamiento empírico agresivo con meropenem y ciprofloxacino frente a *Pseudomonas* spp por ser la principal bacteria causal. Se confirmó el diagnóstico microbiológico y la evolución fue favorable. Este tipo de pacientes pueden verse afectados por múltiples patógenos y nuestra actitud en Urgencias debe ser tratar la mayoría de posibilidades diagnósticas.

P-1051

NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO: PREVENIR RECIDIVAS

**A Robles Amieva, L Prieto Lastra, A González San Emeterio,
C de León Rivas, D López Fernández, A Grasun, M González Ruiz**

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras Clave: neumotórax, disnea, dolor en el pecho

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: Se entiende como neumotórax primario espontáneo (NEP) aquel que ocurre de manera súbita y sin desencadenante en paciente sin patología pulmonar. Tiene una incidencia 7,4-37/100.000 en hombres, y 1,2-15,4/100.000 en mujeres. Se presenta principalmente en varones 20-40 años, como disnea y dolor pleurítico súbito, pudiendo asociar hipoxemia. El diagnóstico es radiográfico, siendo suficiente una única proyección PA con una adecuada inspiración. El tratamiento inmediato depende de la estabilidad hemodinámica del paciente, observación con control radiográfico en NEP<2-3cm o colocación de un tubo de tórax. **OBJETIVO:** 23-50% de los pacientes sufren recidivas entre 1-5 años, siendo el riesgo mayor en los primeros 30 días. La pleurodesis, indicada en recurrencias y en primeros episodios que precisaron toroscopia o con alto riesgo de recidiva (pilotos o buceadores), reduce las recidivas <5%, por lo que la consulta con cirugía torácica (CT) es imprescindible. **PACIENTES Y MÉTODO:** Varón 22 años, con antecedente de NEP en 2012. Fumador. Asma leve intermitente sin tratamiento. Acude a servicio de urgencias (SU) por dolor súbito en hemitórax izquierdo que aumenta con movimientos e inspiración profunda. Disnea leve. Niega traumatismo previo. No clínica infecciosa. A la exploración física está estable hemodinámicamente, y destaca nula ventilación hemitórax izquierdo en la auscultación. **RESULTADOS:** Rx TORAX: Despegamiento pleural izquierdo condicionante de neumotórax marcado (>50%) con desplazamiento discreto de mediastino hacia lado derecho. Resto sin hallazgos patológicos. Bioquímica, hemograma y coagulación sin hallazgos patológicos. Se coloca tubo de tórax y se mantiene en observación con control radiográfico durante 48h, permaneciendo estable y reexpandiéndose por completo, por lo que se procede al alta y consulta ambulatoria con CT. A los 12 días, presenta un nuevo cuadro de dolor y disnea, objetivándose la recidiva del neumotórax. Se coloca un nuevo tubo de tórax y se realiza ingreso hospitalario, pendiente de realización de pleurodesis tras resolverse el cuadro.

Conclusiones:

Dada la frecuencia y potencial gravedad del NEP, es imprescindible que todo médico de urgencias conozca no sólo el tratamiento, sino los criterios de derivación a CT por el alto riesgo de recidiva, 31-50% a los 5 años y máximo a los 30 días, evitando demoras y previniendo recurrencias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1052

ESTO NO ES LO QUE PARECE

MJ Fernández Rodríguez, G Alonso Sánchez, MH Vidal Giménez, FJ Fernández Valero, TR Álvarez Balseca, A Egea Huertas

Hospital del Noroeste. Caravaca de la Cruz, Murcia

Palabras Clave: absceso pulmonar, radiografía torácica, penicilinas

Historia clínica:

Introducción: Paciente varón de 52 años fumador de 5 cigarros al día durante 5 años, con criterios clínicos de Epoc y depresión, en tratamiento con benzodiacepinas y antidepresivos acude a urgencias por disnea, tos, vómitos, pérdida de peso de 4 kg en el último mes, astenia y anorexia. Constantes normales exceptuando febrícula de 37.2 °C. La exploración física se da sin alteraciones significativas. En la radiografía de tórax se observa una imagen nodular de bordes netos en campo medio apical del hemitórax derecho. En la analítica se evidencia un valor de PCR de 11.20 y leucocitosis de 12800 con desviación a la izquierda. Objetivo: El paciente ingresa para estudio de la imagen observada en la radiología de tórax, pidiéndose TC de Tórax, abdomen y pelvis con resultado de masa pulmonar periférica de 56x70 mm en lóbulo superior derecho. Se observan 2 nódulos de 5 mm en el mismo hemitórax y signos radiológicos de Epoc. Resto normal. Para llegar al diagnóstico definitivo se realiza PAAF siendo negativa para células neoplásicas. Se repite biopsia con aguja gruesa apareciendo únicamente neutrófilos. Siendo diagnosticado de absceso pulmonar. Material o pacientes y método: Durante su estancia en la planta se decide tratamiento antibiótico intravenoso, broncodilatadores inhalados y antitusivos orales. Resultados: Presenta mejoría clínica y radiológica del absceso en campo pulmonar derecho tras el tratamiento pautado por lo que se decide alta, completando el tratamiento antibiótico de forma ambulatoria.

Conclusiones:

En el paciente se sospechó, hasta la realización de la biopsia, de un diagnóstico de tumor pulmonar, puesto que presentaba, el factor de riesgo del tabaco, la clínica de tos, síntoma constitucional y el informe del radiólogo que en todo momento, informaba de masa, más los dos nódulos en el mismo hemitórax. Sin embargo es la biopsia, el informe anatomopatológico el que nos da el diagnóstico de certeza y en este caso una grata sorpresa.

P-1053

AL BORDE DEL FALLECIMIENTO. NEUMONÍA DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA

RM Martínez Roldán, JM Krivocheya Montero, S Aisa Al-Lal, N Al-Lal Mohamed, C Olmo Azuaga, L Rodríguez del Prado

Urgencias. Hospital Comarcal de Melilla

Palabras Clave: influenzavirus, neumonía, oseltamivir

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente mujer de 39 años acude al SUHC por presentar cuadro de disnea a pequeños esfuerzos, malestar general basado en mialgias y artalgias, tos con escasa expectoración oscura. Fiebre de 40°C con mala respuesta a antibioterapia oral. Exploración física REG, COC, saturación basal sin oxígeno suplementario 88%, TA 117/77 FC 109, temperatura axilar 38,1°C ACR: Tonos cardiacos rítmicos sin soplos, con crepitantes bibasales y roncus dispersos por ambos campos pulmonares Abdomen blando, depresible sin masas ni megalias con peristalsis conservada No se aprecian edemas ni signos de TVP. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Analítica general: Bioquímica: Sodio 135, cloro 99, calcio 7,9, proteínas totales 6,3, PCR 15,8 Hemograma: Leucocitos 2,72, resto de parámetros normales Coagulación básica normal Antígenos de Neumococo y Legionella en orina negativos Hemocultivos a los 5 días solicitados en Urgencias negativos Gasometría arterial: pH 7,48, Po2 45, saturación 84%, Pco2 38, bicarbonato 28,3, exceso de bases 4,6 Radiografía de tórax: Se aprecia infiltrado algodonoso bilateral Electrocardiograma: Ritmo sinusal sin trastornos del ritmo si de la repolarización. EVOLUCIÓN: Ante la evolución tan tórpida del cuadro se ingresa a la paciente a cargo del Servicio de Neumología, siendo finalmente trasladada a UCI por caída brusca de saturación (80% con reservorio con aumento de su insuficiencia respiratoria) En esta Unidad recibe tratamiento con antibioterapia y VMNI hasta que se obtiene el causante del cuadro: GRIPE A instaurándosele tratamiento con Oseltamivir con mejoría del proceso hasta pasar a planta nuevamente y ser dada de alta 13 días después. DIAGNÓSTICO: Neumonía comunitaria grave por virus influenza A. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Debemos diferenciarlo en Urgencias con neoplasias, TEP, edema pulmonar, sarcoidosis, eosinofilia, enfermedades inducidas por drogas, enfermedades colágeno-vasculares, neumonitis por hipersensibilidad, hemorragia pulmonar, vasculitis granulomatosas, distrés respiratorio, neumonitis por radiación, síndrome tóxico pulmonar, eosinofilia, enfermedad de Hamman-Rich

Conclusiones:

El influenza virus A es un virus que produce gripe de forma estacional, sobre todo en invierno. Su complicación principal es la neumonía, habitualmente de gravedad (como ocurre en este caso), con una alta mortalidad en un determinado grupo de pacientes, por lo que es una entidad que debemos tener presente en un Servicio de Urgencias. Sobre este virus además se pueden desarrollar neumonías bacterianas de forma secundaria que incrementa aún más la mortalidad.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1054

UN DIAGNÓSTICO RARO: NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO

**M Neila Iglesias, C Díaz Sánchez, E Jiménez Martínez,
L Sánchez Manzano, G Nacarino Moreno, C Velázquez Vioque,
M Gil Casturea**

Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres

Palabras Clave: neumomediastino, enfisema subcutáneo, rotura esofágica espontánea

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

HISTORIA CLÍNICA: Paciente de 26 años, con antecedentes personales de alergia a sulfamidas y fumador de cannabis, que acude a Urgencias por malestar general y vómitos de 3 días de evolución acompañado de sensación de opresión torácica. Consultó por este motivo previamente, siendo diagnosticado de ansiedad. Refiere cuadros previos similares de carácter autolimitado. Niega traumatismos u otra sintomatología. **EXPLORACIÓN FÍSICA:** TA 111/84 mmHg, FC 117lpm, Saturación Oxígeno 93%. Afebril. Regular estado general, tinte subictérico en piel y mucosas. Cabeza y cuello: no adenopatías, se palpa crepitación en región cervical izquierda. Tórax: Crepitación en hemitórax y axila izquierda. Auscultación cardiaca: Taquicárdico sin soplos. Auscultación Pulmonar: Murmullo vesicular conservado. Exploración Abdominal: Blando, depresible, doloroso en epigastrio sin signos de irritación peritoneal. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Hemoglobina 18.3g/dL, Hematocrito 47.6%, Hematíes 5.73mill/mm³, Leucocitos 12.900 (Neutrófilos 78.7%, Linfocitos 11.3%), Plaquetas 206 mil/mm³. Bioquímica: Creatinina 1.65mg/dL, Urea 188 mg/dL, LDH 317UI/L, Bilirrubina Total 2.33mg/dL, Sodio 123mg/dL, resto normal. Radiografía Tórax: Neumomediastino y enfisema subcutáneo. **DIAGNÓSTICO SOSPECHA:** Neumomediastino y enfisema subcutáneo en probable relación con rotura esofágica espontánea (Síndrome de Boerhaave). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Neumomediastino de causa primaria: consumo de drogas (cannabis, extasis, cocaína), asma bronquial, crisis tusígena, maniobra Vasalva, vómitos repetidos (S.Boerhaave), cetoacidosis, disbarismos, esfuerzo físico mantenido. Neumomediastino de causa secundaria: traumatismo cérvico-torácico, procedimientos traqueobronquiales o esofágicos, ventilación mecánica, cateterización cardiaca, cirugía cervico-torácica (incluidas extracciones dentales), patología pulmonar y/o digestiva. **MANEJO Y EVOLUCIÓN:** Se ingresó en Observación para estabilización y estudio, realizándose las siguientes pruebas complementarias: **TAC CÉRVICO-TORÁCICO:** Extenso enfisema subcutáneo que afecta a porción anterior y posterior de los planos musculares del tórax, ambas regiones axilares y región cervical anterior y posterior. Extenso neumomediastino anterior que rodea totalidad del contorno cardiaco. Neumomediastino posterior que diseca estructuras del mediastino posterior. Pequeña cámara de neumotórax en región basal y medial de hemitórax izquierdo. Posteriormente cursó ingreso en Unidad de

Cuidados Intensivos, con recuperación a las 72 horas, tras tratamiento conservador (oxigenoterapia, reposo relativo y antibioterapia profiláctica). Se realizó TAC TÓRACICO CON CONTRASTE posterior, con disminución del enfisema subcutáneo y del neumomediastino previo, no apreciándose fuga de contraste a nivel esofágico. **DIAGNÓSTICO FINAL:** Neumomediastino espontáneo.

Conclusiones:

El Neumomediastino Espontáneo es una entidad que se da sobre todo en varones jóvenes y constituye el 1% de los casos de neumomediastino. Son factores predisponentes el asma, las drogas inhaladas, el submarinismo y, en general, cualquier maniobra que produzca un aumento de la presión intraalveolar. Y a que este caso se debe a vómitos de repetición, y es una causa de mediastino poco frecuente, es conveniente realizar un diagnóstico diferencial con el S. Boerhaave lo más rápidamente posible, ya que el pronóstico de esta última patología, requiere una actuación urgente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1055

SIN FACTORES DE RIESGO

G Alonso Sánchez, MH Vidal Giménez, FJ Fernández Valero, TR Álvarez Balseca, A Egea Huertas, MJ Fernández Rodríguez, A Guaschi Cagliero

Hospital Comarcal del Noroeste. Murcia

Palabras Clave: trombosis de la vena, trombofilia, extremidad inferior

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: Paciente de 14 años, de origen búlgaro, sin factores de riesgos cardiovascular conocidos. No refiere enfermedades previas de interés, ni cirugías recientes. No tiene hábitos tóxicos. El paciente refiere dolor en flanco derecho, región inguinal y gemelo derecho de un mes de evolución. Consultó por en ello en varias ocasiones, siendo diagnosticado inicialmente de dolor abdominal inespecífico y posteriormente de contractura muscular. En la última visita presentaba edema en gemelo derecho a tensión, con dolor a la palpación local y con la marcha. No refería antecedentes de inmovilización, ni cirugía ni enfermedad sistémica. A la exploración del miembro inferior derecho, presenta extremidad caliente, dolor con la movilización activa, y con el apoyo. Ingurgitación venosa en región inguinal derecha. Pulsos pedios presentes y simétricos. Edema y empastamiento en región gemelar derecha. **OBJETIVO:** Se realizan pruebas complementarias: Radiografía de tórax, abdomen, tibia/peroné y pelvis sin lesiones óseas. Se solicita ecografía Doppler de miembro inferior derecho con conclusión de Trombosis Venosa Profunda (TVP) subaguda o crónica. **MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:** Se inicia tratamiento con Clexane 80 mg subcutáneo. En analítica destaca Dímero D 11110, con resto de valores dentro de la normalidad. Se valora la edad del paciente y la extensión del trombo hasta la vena iliaca, que indica no trombolisar ni colocación de filtros. Durante el ingreso evoluciona favorablemente **RESULTADOS:** Se completó estudio. Analítica sin anemia, TSH normal, Anticuerpos anticardiolipinas negativas y anticoagulante lúpico débilmente positivo. Se realizó TAC de abdomen y pelvis objetivándose una malformación de vena cava inferior con duplicidad de la misma y probable atrofia y trombosis del lado derecho.

Conclusiones:

Las TVP son más comunes en los adultos de más de 60 años, pero pueden ocurrir a cualquier edad. Los factores de riesgo incluyen: Reposo, antecedentes familiares de coágulos sanguíneos, fracturas, puerperio y embarazo, obesidad, cirugía reciente, neoplasia, ciertos trastornos autoinmunitarios, como el lupus, y estados de hipercoagulabilidad. Este último es el caso más probable nuestro paciente, TVP en miembro inferior derecho por trombofilia.

P-1056

ALIMENTOS QUE MATAN

D Ternero Escudero (1), MM Reina Martín (2), AM Gutiérrez García (3), E Franco Rivera (4), MP Ortigosa Arrabal (5), E Sánchez Conesa (6)

(1) Centro de Salud Delicias. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga, (2) Centro de Salud Portada Alta. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga, (3) Centro de Salud Puerta Blanca. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga, (4) Centro de Salud Sa. Málaga

Palabras Clave: sepsis, angioedema, celulitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Hombre 69 años. Hipertenso, EPOC severo, insuficiencia renal crónica y FA anticoagulada con rivaroxabán. Acude a urgencias por inflamación facial progresiva y dolor a nivel nasal de 24 horas de evolución con repercusión del estado general sin foco u origen aparente. Fiebre de 39.5°C sin clínica respiratoria ni orofaríngea. No alteraciones del hábito intestinal. No clínica urológica. Tras rehistoriar a familiares, refieren que, en días previos, se produjo salida de material alimenticio por fosas nasales tras manipulación por parte del paciente. Mal estado general. Consciente. Bien hidratado y perfundido. TA: 100/55. SatO₂: 93%. FC: 110 lpm. Importante edema facial con extensión y oclusión palpebral. Inflamación y eritema nasal con flictenas y supuración purulenta a nivel de surco nasolabial y cantos internos de ambos ojos. Edema y zona purulenta en ambos vestíbulos nasales dolorosas al tacto. Fosas permeables con cavum libre. Faringe hiperémica sin edema de úvula. Laringe sin alteraciones. No adenopatías ni lesiones cervicales. Auscultación cardiorespiratoria: Arrítmico sin soplos. Crepitantes bibasales. Abdomen: Anodino. Ligeros edemas de miembros inferiores. Pruebas complementarias: ECG: Ritmo FA a 115 lpm sin alteraciones de la repolarización. Radiografía de tórax: signos indirectos de EPOC. Analítica sanguínea: Hemoglobina 7.9. Leucocitos 35.100 (Neutrófilos 89.8%). Coagulación normal. Glucemia 185. Creatinina 1.09. PCR 245. PCT 6.71. TC cráneo: Exoftalmos bilateral. Significativo aumento de grosos y densidad de partes blandas difuso a nivel facial. Resto anodino. Evolución: Tras inicio de corticoterapia y antibioterapia empírica con Vancomicina y Claritromicina, presenta evolución favorable y lenta con reducción importante del edema facial en las primeras horas con persistencia de la celulitis facial durante 2 semanas. Secundaria a corticoterapia, el paciente desarrolló una infección por herpes Zoster cervical. Juicio Clínico: Sepsis de origen nasal secundario a cuerpo extraño alimenticio. Diagnóstico diferencial: Angioedema. Trombosis del seno cavernoso. Celulitis facial.

Conclusiones:

La sepsis es un trastorno inflamatorio e infeccioso potencialmente mortal con signos y síntomas altamente variables. La instauración de unas medidas de soporte y antibioterapia de forma precoz supone un aumento de la supervivencia del paciente, por lo que un diagnóstico rápido y una filiación precisa de su origen conllevan uno de los retos más grandes en el área de urgencia.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1057

FASCITIS NECROTIZANTES VS. VASCULITIS NECROTIZANTE CON DESENLAJE FATAL

J Girbes Bresó, J Guillén González, L Manclús Montoya,
J Matamoros Hernández, M Cuenca Torres, M Romany Casa,
P García Bermejo

Hospital Universitario La Ribera. Alzira, Valencia

Palabras Clave: vasculitis, fascitis necrotizante, sepsis

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: las lesiones cutáneas en ocasiones pueden desencadenar cuadros sistémicos mortales. **OBJETIVO:** concienciar a los médicos de Urgencias de discernir patología dermatológica/vascular urgente. **MATERIAL O PACIENTE.** Motivo de consulta: Úlceras en miembros inferiores. Antecedentes personales: No RAM conocidas, Hipertensión arterial, dislipemia, estenosis aórtica e insuficiencia aórtica leve, FA paroxística. En tratamiento con IECA, calcioantagonista, diurético y estatina. Enfermedad actual: varón de 68 años que refiere lesión ampollosa en tobillo izquierdo de más de una semana de evolución que ha ido empeorando. En las últimas 48 horas diseminación en ambos miembros inferiores e ingles con mínimas lesiones violáceo-negruzcas ampollas en dorso de mano y tronco con pico de fiebre de 38.5°C. Vive solo y no había consultado antes. Además, se observan lesiones satélites pustulosas en ambos muslos y en región inguinal bilateral. También se observan lesiones en región dorsal de ambas manos y en codo izquierdo. **MÉTODO** Se procede a exploración y petición de pruebas complementarias. Exploración física: T° 37° ° C. Taquicardia a 120 lpm. Normotenso. Sat O2 100% Glasgow 15. Consciente y orientado. Sin focalidad neurológica y signos meníngeos negativos. Pulsos inguinales presentes y simétricos, no soplos abdominales. Sin signos de TVP. Lesiones gangrenosas en ambos miembros inferiores, eritema violáceo y supurativo en ingles con petequias y vesículas negruzcas. Resto de exploración por aparatos normal. **RESULTADOS:** Analítica: Creatinina 2.29 mg/dl con urea 258 mg/dl, potasio 6.2 mmol/L, 24.000 leucocitos con desviación izquierda, coagulación normal. Procalcitonina 0,51. Lactato 5 Cirugía con desbridamiento de amplias escaras en ambas piernas que las afectan circunferencialmente (superficiales). TAC abdominopélvico y miembros inferiores sin contraste: Leve ectasia pielocalicial grado I. En miembros inferiores se observa trabeculación y aumento de atenuación en grado de tejido celular subcutáneo por edema/celulitis. Se decide ingreso en UCI por sepsis grave de foco cutáneo donde se mantiene estable y pasa a planta de Medicina Interna donde finalmente realiza parada cardiorrespiratoria.

Conclusiones:

Las lesiones cutáneas pueden repercutir en ocasiones a nivel sistémico y provocar la muerte finalmente al paciente. Por eso, desde Urgencias debemos discernir las lesiones dermatológicas graves y saber cuándo debemos ampliar el estudio de las misma.

P-1058

AL AUREUS NO LE HACEN FALTA RESISTENCIAS

C Fignani Molina (1), A Hidalgo Rodríguez (2), F Moleón Rodríguez (3),
R Martín Vélez (4), I Fernández Guerrero (4)

(1) Centro de Salud Chana, (2) Centro de Salud Casería de Montijo,
(3) Centro de Salud Cartuja, (4) Centro Hospitalario Virgen de las
Nieves. Granada

Palabras Clave: *Staphylococcus aureus*, osteomyelitis, diabetes mellitus

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: Es sabido que las estafilococemias meticilin-resistentes aunque poco frecuentes son muy agresivas, pero debemos recordar que el estafilococo aureus es en sí causa de importante morbimortalidad (responsable del 90% de osteomielitis) y con una extensión a veces tan rápida que resulta casi imposible controlar. **OBJETIVO:** Exponer el caso de un paciente con shock séptico secundario a artritis séptica bilateral por Estafilococo Aureus Meticilin Sensible (SAMS). **MATERIAL y MÉTODO:** Acude a urgencias un paciente de 66 años con antecedentes personales de hipertensión y diabetes tipo 2 mal controladas, por encontrarse más decaído y confuso de lo habitual y con mayor dificultad para la movilización de extremidades. Presenta regular estado general, tensión arterial 97/64, temperatura 37.6°C y taquicardia a 103 latidos/minuto. Está consciente aunque tendente al sueño, desorientado pero colaborador. Niega clínica digestiva, cardiorrespiratoria ni genitourinaria. A la exploración sorprende una importante tumefacción en el codo izquierdo, eritematosa, con aumento de temperatura local, crepitante a la palpación y con úlcera necrótica de 3X3 cm a nivel de olécranon con secreción serohemática a la presión sin supuración activa. Iniciamos tratamiento intravenoso con Piperacilina-Tazobactam y Linezolid. Se le realizaron múltiples pruebas complementarias, entre ellas: cultivo de exudado, urocultivo y hemocultivo que fueron positivos para SAMS y TAC con hallazgos compatibles con artritis séptica de codo izquierdo con afectación distal humeral y proximal radiocubital complicada con fascitis y síndrome compartimental. Presentó una evolución tórpida, interviniéndose de forma emergente y permaneciendo ingresado en UCI con curas quirúrgicas y precisando drogas vasoactivas a altas dosis.

Conclusiones:

RESULTADO: A pesar de la cobertura antibiótica y las medidas de soporte adecuadas, su representante rechazó la amputación del miembro superior izquierdo conllevando el fallecimiento del paciente tras 24 días de tratamiento. **CONCLUSIÓN:** Aunque tradicionalmente las infecciones estafilocócicas se han asociado a diabetes, no hay suficientes datos que permitan estimar el riesgo proporcional de un diabético a padecerlas, pero es importante realizar un diagnóstico y tratamiento precoz frente a ellas dada su potencial agresividad, con la mejor cobertura antibiótica según las resistencias hospitalarias de nuestro medio.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1059

INFARTO ESPLÉNICO COMO DEBUT DE UNA FIBRILACIÓN AURICULAR

EM Fragero Blesa, E Rodríguez Conesa, P González Jiménez,
R Gómez Guillamon, M Jiménez Parra, E Rossel Vergara

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga-Málaga

Palabras Clave: infarto, esplenico, fibrilacion auricular

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

No alergias a medicamentos conocidos. Bebedor moderado. Exfumador desde hace 24 años. Electricista jubilado. Trabaja en un campo propio. Tumor de Warthin (cistoadenomalinfoma) de parótida izquierda 2007, tratado con sialoadenectomía total con resección completa. Tumor vesical intervenido mayo 2011 con escisión de vejiga local transuretral + Mitomycin intravesical. HTA desde hace mas de 10 años, con mal control y toma sal. Hiperuricemia. Cólico renoureteral izquierdo previo. Sobrepeso, Ulcera duodenal, hace años a raíz de dolor abdominal, diagnosticada con Bario. TTO: doxazosina, valsartan 160/ HCT 25 mg, atenolol 50 mg/24h EA: Paciente refiere dolor de inicio brusco durante la madrugada a nivel de flanco izquierdo junto con nauseas. Exploración: BEG, consciente y orientado, BHyP. normocoloreado. Eupneico en reposo. Sat O2 del 95%. TA 210/105. ACR: Tonos arrítmicos a 80 lpm. no soplos. MVC Abdomen: Blando, depresible, dolor a la palpación en flanco izquierdo MM: No edemas. ECG: FA con RV a 88lpm. Eje a 0°. Criterios de hipertrofia ventricular izquierda. Llama la atencion el dolor incohercible de hipocondrio izquierdo que se irradia a espalda y Fosa Iliaca Izquierda motivo por el cual se realiza consulta con cirugia decidimos realizar una prueba de imagen ante la sospecha de cuadro diverticular agudo. En el tac abdominal se reflejaban signos compatibles con un infarto esplénico que junto con la fibrilacion auricular de novo controlada que presenta el paciente confirmamos que se trataba de un infarto esplénico de origen cardioembólico

Conclusiones:

Una FA no valvular de tiempo de evolución desconocido cuyo debut ha sido un Infarto esplénico agudo de probable origen cardioembólico se presenta en este paciente como dolor abdominal. Es una causa poco probable a la vez que anecdótica motivo por el cual difundimos este caso clínico. Reza poca bibliografía al respecto que será enumerada en el póster correspondiente El tratamiento fue el Inicio de hipocoagulación (explico los riesgos al paciente y su familia). Ingreso para control y tratamiento con HBPM. Fue dado de alta al mes.

P-1060

MATAR DOS PÁJAROS DE UN TIRO

G Peña Y Lillo Echeverría, P Tranche Álvarez-Cagigas,
Y López Albarrán, R Rodríguez Calveiro, L Arce Segura,
E Díaz Vera, C Carrasco Vidoz

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid-

Palabras Clave: bacteriemia, pielonefritis, colecistitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 37 años si antecedentes relevantes que acude a urgencias con fiebre mayor de 38,5C acompañada de dolor en fosa renal izquierda (FRI) de 24 horas de evolución. El cuadro se acompaña de nauseas sin otros síntomas acompañantes. Se diagnostica de pielonefritis aguda (PNA), se pauta una dosis de ceftriaxona endovenosa y se dá de alta médica con tratamiento antibiótico oral (cefixima 400mg / 12h). A las 48 horas regresa con peor estado general persistencia de fiebre, náuseas y vómitos de contenido alimentario. Se realizan pruebas evidenciando mayor leucocitosis (160000) con aumento de RFA (PCR de 196, fibrinógeno > 500). En ecografía de aparato urinario no se encuentran complicaciones salvo sutiles hallazgos sugestivos de PNA izquierda: aumento del grosor corticomedular de riñón izquierdo en relación con cambios edematosos. En urocultivo (solicitado 48hs antes) se confirma presencia de E. coli sensible y en hemocultivos (HC) pita presencia de coco grampositivo anaerobio. Se solicita valoración ginecológica quienes descartan enfermedad pélvica inflamatoria (dada la bacteriemia por posible S pyogenes) y se cursa ingreso en planta de medicina interna con Cefditoreno para cubrir ambos gérmenes. A su ingreso la paciente se encontraba en mejor estado general, afebril y con adecuada tolerancia oral. Sin embargo, 24 horas después empeora nuevamente su estado con intolerancia digestiva y aparición de dolor a nivel de hipocondrio derecho. Se solicita ecografía abdominal en donde se describe un engrosamiento parietal de vesícula. En tomografía abdominal se descarta colecistitis aguda aunque si objetiva aumento parcial (parietal) del grosor con liquido perivesicular, en gotieras paracólicas y en pelvis. A la vez sale resultado completo de HC: Enterococo feacalis. Se cambia pauta antibiótica a ceftriaxona + ampicilina mejorando tanto clínicamente como analíticamente. Se da de alta con diagnóstico de PNA izquierda y bacteriemia por E. feacalis de origen biliar

Conclusiones:

A pesar de no ser frecuentes pueden presentarse dos patologías agudas en una misma paciente. Gracias a la extracción adecuada y precoz de HC se pudo orientar y tratar adecuadamente tanto la PNA como la infección biliar



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1061

LITIASIS VESICAL GIGANTE

I Fernández Marín, AB Carlavilla Martínez, M Cuadrado Fernández, S Borruel Nacenta, C Rubio Chacón, L Pérez Ordoño, ML Castro Arias
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Palabras Clave: sepsis, litiasis vesical, cistolitotomía

Ámbito del caso:
Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 52 años de edad, con antecedentes de síndrome depresivo en tratamiento. Acude al servicio de urgencias por clínica miccional, con disuria, polaquiuria y tenesmo sin fiebre, asociando en las últimas horas dolor en hipogastrio leve. Refiere episodio previo de cistitis tratada con norfloxacino. En la exploración física se encuentra con regular estado general, TA 105/80 mmHg, FC 117 lpm, T° 34,8 °C, eupneica con SatO2 basal 99%. Presenta dolor a la palpación profunda en hipogastrio sin irritación peritoneal. Análítica de sangre con creatinina 5,61 mg/dl, potasio 7,6 meq/litro, PCR 13,27 mg/dl, 17500 leucocitos con 14300 PMNn y actividad de protrombina 72%. Gasometría venosa con pH 6,98 y HCO3 8. Sedimento de orina con más de 300 leucocitos por campo y más de 300 hematíes por campo. Se diagnostica a la paciente de sepsis de origen urológico con fracaso renal agudo, acidosis metabólica e hiperpotasemia severa secundaria sin repercusión electrocardiográfica. Se procede a sondaje vesical con salida de orina purulenta, con adecuado ritmo de diuresis. Se inicia tratamiento con sueroterapia, suero glucosado con insulina, bicarbonato y ceftriaxona intravenosa, con mejoría en control analítico de función renal así como de trastornos iónicos y del equilibrio ácido-base. Se solicita radiografía abdominal observándose imagen litiasica de unos 9 centímetros de diámetro en hipogastrio, completándose la valoración con escáner abdominal, en el que se aprecia dilatación de ambos sistemas excretores renales con cambio en la grasa adyacente sugestivo de cambios inflamatorios con litiasis intravesical gigante. Juicio clínico: Sepsis grave urológica con fracaso renal mixto en relación con litiasis vesical gigante. Se interconsulta con urología quienes deciden intervención quirúrgica urgente consistente en litopalaxia y colocación de catéter doble J bilateral. La paciente evoluciona de manera favorable durante el ingreso y se procede al alta tras 8 días de ingreso con revisiones por parte del servicio de urología.

Conclusiones:

La litiasis vesical gigante es una enfermedad muy rara que requiere diagnósticos por imagen. Se manifiesta por sepsis de repetición, polaquiuria y estranguria. La ecografía y la radiografía simple son suficientes para el diagnóstico. La extracción del cálculo continua siendo el tratamiento de elección.

P-1062

LEIOMIOMA PULMONAR: TUMOR PRIMARIO O METÁSTASIS A DISTANCIA

G Luzardo López, R M Aparicio Alonso, T Antolín García, L Ramos, R Tabernero, L Cuesta
Complejo Asistencial Zamora. Salamanca

Palabras Clave: leiomioma, tumor pulmonar, metástasis

Ámbito del caso:
Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 64 años valorada en urgencias en diciembre 2015 por disnea de esfuerzo, sin alergias medicamentosas, con antecedentes de hipertensión, histerectomía (2008), a la exploración física destacaba abolición de murmullo vesicular en campo medio y base pulmonar derecha. Radiológicamente se evidencia elevación de hemidiafragma derecho y en gasometría se constata insuficiencia respiratoria hipoxémica, se deriva a consulta externa de neumología, donde había sido valorada previamente en 2012 por lesión pulmonar diagnosticada de atelectasia redonda de 34,5x63x36mm en misma localización que actualmente y dada de alta indicando seguimiento por su médico de atención primaria. Se inicia nuevo estudio con pruebas de función respiratoria normales, broncoscopia con colapso excesivo de la vía aérea, TAC torácico que reporta masa en hemitórax derecho de 174x96x95mm sin ser posible determinar el origen pleural o pulmonar de la misma, se le realiza biopsia con punción-aspiración con aguja fina y se estudia en anatomía patológica encontrando cilindros de tejido constituidos por una proliferación de células fusocelulares sin atipia ni mitosis con patrón de crecimiento fasciculado con un estroma colagenizado. Inmunohistoquímica CD 34(-), Vimentina (+), Actina (+++), Desmina (+++), Bcl2 (débil +), CD99 (débil +), EMA (-), DOG (-), Ki 67 bajo índice proliferativo, como diagnóstico definitivo reporta leiomioma pulmonar. Al revisar anatomía patológica de útero y anexos (2008) se describen leiomiomas sin signos de malignidad. Dado que el tratamiento de elección en este tipo de tumefacción es el quirúrgico, queda pendiente de valoración por cirugía torácica

Conclusiones:

El leiomioma pulmonar es una tumoración muy infrecuente y de difícil diagnóstico ya que origina clínica respiratoria sólo en estadios avanzados cuando la tumoración presenta un gran tamaño. El tratamiento de elección es quirúrgico siendo mejor el pronóstico si el diagnóstico es precoz. Existe controversia en el momento actual sobre si este tipo de tumores podrían ser resultado de metástasis de tumores primarios provenientes del útero y sobre su carácter hormonodependiente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1063

HIDATIDOSIS PULMONAR. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

S Saavedra Casado, D Santamaría Amat, J M Krivocheyva Montero,
Z Moreno Martos, M D Pérez Romero, M J Ferre Martínez

Urgencias del Hospital Comarcal de Melilla

Palabras Clave: quiste hidatídico, echinococcus, albendazol

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Paciente varón de 16 años acude al SUHC por cuadro de dolor costal derecho inespecífico, con tos y expectoración amarillenta abundante, sensación febril, malestar general y disnea progresiva hasta hacerse de reposo. EXPLORACIÓN FÍSICA: Constantes vitales. TA 95/40, FC 112, Saturación basal de 83%, temperatura de 38,3°C Neurológico: Pupilas isocóricas normoreactivas, algo obnubilado, o impresiona de focalidad neurológica Auscultación cardiorrespiratoria: Tonos rítmicos sin soplos cardíacos, disminución del MVC en la base derecha con roncus. Abdomen blando, depresible, no doloroso, o masas ni megalias No edemas ni signos de TVP EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: Analítica general: Bioquímica: Sodio 134, albumina 2,8, PCR 25,6 Hemograma: Leucocitos (17,78), neutrófilos (15,82), resto de parámetros normales Coagulación: Actividad de protrombina 49,7 segundos, INR 1,62, TTPA 34,7 segundos Gasometría arterial en la que se pone de manifiesto una insuficiencia respiratoria Orina: Normal con ausencia de antígeno y Legionella Radiografía de tórax: Se aprecia patrón intersticial generalizado con condensaciones en campos medios y bibasales e imagen redondeada en el IID con derrame pleural ligero bilateral EVLUCCIÓN. Ante la situación de gravedad del paciente se avisa a UCI que procede a su ingreso tomando las medidas de soporte necesarias. En este Servicio de realizan nuevos estudios: Estudio de derrame pleural: Pone de manifiesto un líquido amarillento y turbio con discreto aumento de leucocitos con mayor porcentaje de linfocitos Hemocultivos extraídos en Urgencias negativos TAC: Lesión quística en el lóbulo inferior derecho con niveles hidroaéreos y múltiples lesiones lineales compatible con quiste hidatídico, roto y sobreinfectado. Atelectasia secundaria a compresión del mismo lóbulo. Derrame pleural. En el hígado existen dos lesiones en el lóbulo hepático derecho de espacio quístico, muy compatible con hidatidosis Serología de Echinococcus: Positiva, que confirma el diagnóstico Así el paciente recibe tratamiento con Albendazol, con mejoría progresiva de su función respiratoria y de la técnica de imagen hasta su posterior alta DIAGNÓSTICO: Hidatidosis pulmonar DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Se debe plantear con otras tumoraciones (hamartomas, neurinomas...), metástasis, cánceres bronquiales primitivos, tuberculosis, abscesos pulmonares

Conclusiones:

Esta patología continua siendo un problema de salud en zonas endémicas como es España. Debemos tener cuidado cuando hay afectación de las arterias pulmonares en la forma pulmonar, ya que va a producir una hipertensión pulmonar crónica si no la tratamos, condicionando un mal pronóstico

P-1064

HEMOPTISIS, NO SIEMPRE ES LO QUE PARECE

JF Alija Castro (1), MV Alonso Pino (2), N Domínguez Manzano (3),
J Enríquez Aragón (4)

(1) Hospital Punta Europa, (2) Hospital Universitario Puerto Real,
(3) Eps 061 Cádiz, (4) Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Palabras Clave: hemoptisis, arterias bronquiales, angiotomografía

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Paciente de 63 años, fumadora activa con diagnóstico de EPOC y cáncer de mama ductal infiltrante G2cT2cN0cMx en tratamiento quimioterápico. Tos crónica con episodios de reagudización que debuta con hemoptisis. Con los AP de la paciente se hace diagnóstico diferencial de hemoptisis secundaria a TEP o AEPOC (bronquiectasias). Se realizan pruebas complementarias donde no se objetiva anemia ni infiltrados en radiografía de tórax. Durante su estancia en urgencias presenta hemoptisis franca moderada > 100ml con repercusión hemodinámica. Se realiza angioTAC que describe ocupación del espacio alveolar por material hemático, asociado a ocupación de la luz de bronquios de LSDcho, así como signos de bronconeumopatía crónica. Ante el deterioro progresivo de la paciente se decide realización de fibrobroncoscopia con abordaje infructuoso por abundante material hemático en árbol bronquial. Tras estabilización hemodinámica de la paciente en el servicio de urgencias se decide traslado a hospital de referencia en UVI móvil para realización de arteriografía. En hospital de primer nivel se realiza arteriografía de cayado aórtico y arterias bronquiales con embolización selectiva de arteria bronquial derecha. Estabilización de la paciente sin resangrado posterior.

Conclusiones:

La hemoptisis es una situación grave en función de la severidad, que precisa un abordaje diagnóstico y terapéutico rápido. La evaluación inicial va dirigida a identificar el foco de sangrado. Hasta en un 90% están implicadas las arterias bronquiales, y en menor porcentaje en arterias sistémicas no bronquiales o en las arterias pulmonares. Las causas subyacentes varían, siendo las más comunes las bronquiectasias, TBC y cáncer de pulmón. Con la angio-TAC torácica podemos establecer un mapa vascular para la embolización. Según criterios radiológicos, hacer sistemáticamente una angio-TCMD antes de la embolización permite planificar mejor el tratamiento. Nuestra paciente, precisó abordaje interhospitalario para embolización de arteria bronquial por no contar con radiología intervencionista. Resolución completa del cuadro con alta en 48 horas sin nuevos datos de hemoptisis hasta la fecha. Por ser una patología en ocasiones de riesgo vital, un diagnóstico precoz y certero apoyándonos en las pruebas diagnósticas, va a suponer una mayor supervivencia de nuestros pacientes.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1065

EDEMA EN ESCLAVINA EN PACIENTE CON CÁNCER DE PULMÓN

B Gil Haro, S Guardado Gonzales, L Asiain Azcarate,
P Nenclares Peña, A Sanz Fernández, P Crespo Díaz,
J F Pérez-Regadera Gómez

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Palabras Clave: vena cava superior, radioterapia, edema

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

El síndrome de vena cava superior (SVCS) es el conjunto de signos y síntomas que derivan de la obstrucción de la VCS. La causa más frecuente son los procesos neoplásicos (80% de los casos). A continuación, se describe un caso de SVCS en un paciente oncológico. Se trata de una mujer de 60 años con adenocarcinoma de pulmón estadio IV por metástasis hepáticas en tratamiento quimioterápico con carboplatino-pemetrexed que acude al Servicio de Urgencias por un cuadro de una semana de evolución de disnea y edema faciocervical progresivo asociado a mareo postural al inclinarse hacia delante. En la exploración física presenta edema en esclavina, telangiectasias en tórax superior y signos muy leves de dificultad respiratoria. Dados los antecedentes y la sospecha de SVCS, se realiza una analítica en la que destaca un aumento leve de LDH y un angioTC de tórax en el que se describe aumento de tamaño del conglomerado adenopático paratraqueal derecho que presentaba la paciente, con invasión de la luz de la VCS. Se inicia tratamiento con oxigenoterapia, corticosteroides a base de dexametasona y furosemida. Se interconsulta a Oncología Radioterápica para valoración de tratamiento urgente. Una vez evaluado el caso, se decide planificación de radioterapia, administrándose una dosis total de 30 Gy (10 sesiones de 3 Gy) sobre lesión pulmonar con margen. La paciente presenta excelente tolerancia al tratamiento produciéndose mejoría clínica hasta la desaparición completa de la sintomatología.

Conclusiones:

El SVCS requiere de un diagnóstico precoz para llevar a cabo un tratamiento eficaz. La causa más frecuente son los tumores malignos, siendo la más común el cáncer de pulmón. La clínica característica consiste en disnea, edema en esclavina, cianosis facial y circulación colateral. El tratamiento ha de ser lo más precoz posible e incluye medidas generales, radioterapia, quimioterapia y terapia endovascular.

P-1066

TROMBOEMBOLISMO DE VENA RENAL

Z Bernard De Casco (1), E Sánchez Casado (2), K Calderon Minier (1),
C Ricardo Jiménez (1)

(1) HNSS Ávila, (2) Hospital Clínico de Salamanca.

Palabras Clave: trombosis, vena renal, tromboembolismo

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Descripción del caso: Paciente masculino de 48 años de edad, antecedente de esplenectomía secundaria a trombopenia autoinmune, hemihepatectomía izquierda secundaria a hidatidosis y colecistectomía. Sin otros antecedentes médicos de interés. Acude por dolor lumbar izquierdo, de inicio brusco, de tipo cólico de 3-4 horas de evolución, irradiado al dorso izquierdo. Niega fiebre, náuseas ni vómitos. Refiere que el dolor no mejora con AINEs vía oral. Exploración y pruebas complementarias: TA 119/85 mmHg. T° 36.3 °C FC 58 lpm. Buen estado general. A la exploración física destaca puño percusión lumbar izquierda positiva. Resto de exploración por aparatos y sistemas sin hallazgos significativos. En la analítica presenta leucocitosis de 20.800/mm³ con neutrofilia (17.000/mm³). Aumento de CK, LDH y deterioro de la función renal con aumento de creatinina. Resto del hemograma, coagulación y bioquímica sin datos relevantes. Sistemático de orina normal. Dada la alteración de la función renal y la leucocitosis, se pide ecografía urológica, para descartar uropatía obstructiva, que no se objetiva. Ante la persistencia de la clínica y el aumento de la leucocitosis y PCR en segunda analítica realizada, se solicita TAC abdomino-pélvico, que pone en evidencia un tromboembolismo venoso renal izquierdo. Ingresa a planta de Nefrología, donde se pauta tratamiento anticoagulante, antibióticoterapia, fluidoterapia y analgesia. Durante su estancia se realizó estudio de síndrome nefrótico, que resultó negativo. Se realizaron otras pruebas para descartar patologías trombofílicas, entre ellas cuantificación de crioglobulinas, PLA2R, estudio genético de trombofilia, serología bacteriana y viral, autoinmunidad y marcadores tumorales, que resultaron todos negativos. Al 10º día de ingreso se realiza Eco Doppler renal, donde persisten signos de tromboembolismo de la vena renal izquierda, en proceso de remodelación. Al 15º día de ingreso el paciente presenta mejoría sintomática, se decide alta con anticoagulación oral y analgesia. Juicio clínico: Tromboembolismo de vena renal izquierda Diagnóstico diferencial: Cólico renoureteral, síndrome nefrótico, coagulopatías.

Conclusiones:

La tromboembolismo venoso renal en pacientes ambulatorios es infrecuente, se debe sospechar de un síndrome nefrótico como probable causa. Otras causas podrían ser la tromboflebitis de la vena porta, traumatismos, uso de anticonceptivos orales y estados de hipercoagulabilidad. El tratamiento es la anticoagulación.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1067

TROMBOSIS PARCIAL DE CUERPO CAVERNOSO ESPONTÁNEA

MF Sanz de Galdeano, E Eslava Gurrea, MJ Sada Ruiz,
L Yanguas Amatrian, L Garron Aoiz, MA Zapatería García

Hospital Comarcal García Orcoyen. Pamplona, Navarra

Palabras Clave: trombosis, pene, vena

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Introducción. La trombosis parcial del cuerpo cavernoso es rara y aparece principalmente en hombres jóvenes. Los síntomas cardinales son dolor e inflamación perineal. La etiología está poco definida. El diagnóstico se realiza por ECO DOPPLER y se confirma con resonancia magnética nuclear. El tratamiento inicial es conservador, reservando la cirugía para casos seleccionados. Objetivo Describir el caso de un varón joven con trombosis de cuerpo cavernoso y revisar su manejo. Caso: Consulta en urgencias un varón de 39 años por dolor en lado izquierdo del periné irradiado al teste ipsilateral de una semana de evolución, sin otra clínica asociada. Negó factores de riesgo y antecedentes familiares de interés. Exploración física: dolor selectivo en lado izquierdo del periné con palpación de cordón indurado. Estudio ecográfico: trombosis parcial del seno cavernoso izquierdo a la altura del periné. Valorado por urología. Alta de urgencias con tratamiento antiinflamatorio no esteroideo y heparina de bajo peso molecular. Se solicitó RMN y estudio genético de trombofilia. Resultados: Tres días después, la exploración física permanecía sin cambios. La HBPM fue sustituida por Adiro. RMN: confirmó trombosis en raíz del cuerpo cavernoso izquierdo de 8cm. Estudio genético de trombofilia: portador de un alelo de riesgo trombotico A1 en locus ABO, heterocigoto para el alelo de riesgo 46C>T del F12. Riesgo trombotico 0.62%. Se pautó tratamiento antiagregante durante seis meses.

Conclusiones:

La literatura sobre trombosis parcial del cuerpo cavernoso en urgencias es escasa. Debe sospecharse en varón con dolor perineal inexplicable y palpación de cordón en cuerpo cavernoso. ECO DOPPLER es la prueba diagnóstica inicial que visualiza las imágenes del pene en sección transversal y muestra la trombosis siempre en la parte proximal del cuerpo cavernoso. La RMN confirma el diagnóstico. En trombosis parcial del cuerpo cavernoso debe realizarse estudio genético de trombofilia. No existe consenso sobre el tratamiento. Se ha tratado con antagonistas vitamina K, agentes antiplaquetarios y heparina de bajo peso molecular.

P-1068

DOCTORA, ÉSTA NO ES MI VOZ

VM Madrid Ferreiro, AM Cordovilla Moreno, S Martínez Saldumbide,
EM Guirado Granados, MR López Díaz, F Sánchez Salmerón,
M Sánchez García

Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia

Palabras Clave: dysfonía, carcinoma, bronchogenic, recurrent laryngeal nerve

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente varón de 67 años con antecedentes personales de hipertensión arterial y exfumador desde hace 40 años de 30 paquetes/año que acude a urgencias por disfonía de 20 días de evolución, que no mejora a pesar de tratamiento con corticoterapia y antibioticoterapia vía oral prescrito por su medico de Atención Primaria. Además, refiere tos sin expectoración sin clínica catarral ni odinofagia asociada. Presenta una exploración física, incluida otorrinolaringológica sin hallazgos relevantes. Se solicita Radiografía de tórax en la que se objetiva una imagen de masa en mediastino medio que parece depender de lóbulo superior de pulmón izquierdo, no presente en radiografía de tórax de 9 meses antes. Ante estos hallazgos, correlacionándolo con la clínica, se solicita valoración por otorrinolaringólogo por sospecha de afectación de nervio laríngeo recurrente izquierdo causante de la parálisis de la cuerda vocal(CV)ipsilateral, origen de la disfonía. Tras valoración por especialista, se confirma con fibroscopia la sospecha, remitiéndose, dada la estabilidad clínica del paciente, ya que no se trata de una patología urgente, aunque sí grave, al servicio de Neumología por vía rápida para completar estudio. En este Servicio, tras solicitar TAC de tórax que informa de masa apical paramediastínica izquierda, con infiltración mediastínica y lesiones metastásicas contralaterales, Ecografía torácica que informa de derrame pleural izquierdo con implantes pleurales, Broncoscopia que muestra parálisis de CV izquierda, y árbol bronquial izquierdo con mucosa infiltrada de aspecto tumoral en la entrada de LSI con estenosis parcial, y a la entrada de la lingula y BAS, se diagnostica de carcinoma epidermoide T4N1M1a.

Conclusiones:

A diario, numerosos pacientes con patología inicialmente banal, acuden a nuestro servicio para valoración, porque transcurrido un tiempo no mejoran y finalmente se trata de patología grave. En este caso, una disfonía continua de 3 semanas de evolución, nos debe alertar y hacernos sospechar patología orgánica subyacente entre un amplio diagnóstico diferencial. En Urgencias, dentro de la batería de pruebas complementarias de las que disponemos, y que estarían indicadas realizar, está la radiografía de tórax, que la mayoría de las veces, ésta ya orienta el diagnóstico, simplificando el estudio posterior, y guiándonos en la actuación con el paciente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1069

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ISQUEMIA INTESITAL EN PACIENTE PORTADORA DE FACTOR V DE LEIDEN

A San José Gallegos, E Cubillo Durán, M Montes-Jovellar Jordán, P Vicente Prieto, F Castro Torres, M Andrade Soto, I Fernández Fernández

Hospital de Medina del Campo. Valladolid

Palabras Clave: factor V Leiden, isquemia, diarrea

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 51 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia. Consulta por diarrea líquida de dos días de evolución: 4-5 deposiciones diarias, inicialmente acuosas, sin productos patológicos y, posteriormente, hematoquecia. Por otra parte, presenta abdominalgia periumbilical de intensidad leve y 3-4 vómitos bilioaliménticos en las últimas 48 horas. Afebril. Exploración física: Constantes normales salvo Tensión arterial (TA) 84/64 y Frecuencia cardiaca (FC) 97 latidos por minuto. Buen estado general, ligera deshidratación mucosa oral y leve dolor difuso a la palpación abdominal sin signos de irritación peritoneal. Tacto rectal sin hallazgos patológicos. Exploraciones complementarias: Analítica sanguínea: Sistemático de sangre, bioquímica coagulación, gasometría venosa: Normales a excepción de: PCR 18,64 mg/dL, TTP. Cefalina 41 s, TTPA Ratio 1,34, Dímero D 2.444 ng/mL. Electrocardiograma: Ritmo sinusal, 100 latidos por minuto sin trastornos en la repolarización. Radiografía de tórax: calcificaciones parenquimatosas pulmonares inespecíficas en lóbulo superior derecho. Hemocultivos y coprocultivos negativos. La paciente pasó a la Sala de Observación del Servicio de Urgencias donde permaneció en dieta absoluta, recibiendo sueroterapia intravenosa. Tras 12 horas de evolución satisfactoria, presentó mejoría de la abdominalgia y cifras de TA de 102/72 mmHg. Se realizó un control analítico ante el hallazgo de una FC de 111 lpm en reposo, destacando Procalcitonina (PCT) de 17,89 mg/dL y PCR 34,72 mg/dL. En la Unidad de Cuidados Intermedios, donde ingresó por sospecha de sepsis de origen abdominal presentó empeoramiento del estado general y de la abdominalgia, con signos irritación peritoneal. Se realizó TAC toracoabdominal: Trombosis de la arteria mesentérica superior. Edema de la pared de todo el intestino delgado y ciego, con moderada cantidad de líquido libre en el fondo de saco de Douglas. Se realizó estudio genético con hallazgo de Factor V de Leiden.

Conclusiones:

El factor V de Leiden consiste en una mutación del factor V de la coagulación que supone un factor de riesgo tromboembólico por su capacidad procoagulante y su resistencia a la proteína C activada. La mala evolución, junto con la elevación de reactantes de fase aguda y biomarcadores de respuesta inflamatoria como signos de alarma de patología abdominal potencialmente grave, permitieron el diagnóstico de trombosis de la arteria mesentérica superior.

P-1070

TENGO UN CATARRO QUE NO ME DEJA RESPIRAR

CM Cano Bernal (1), F Campillo Palma (2), L Blázquez González (1), Y Reverte Pagán (1), MC Quesada Martínez (1), JI Giménez (1), MT Mayoral Sánchez (3)

(1) Hospital General Universitario Reina Sofía, (2) Hospital Universitario Morales Meseguer, (3) Centro de Salud Vistabella. Murcia

Palabras Clave: lung abscess, dyspnea, cough

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón 31 años, natural de Rumanía, con antecedentes de neumonía basal derecha cavitada por Haemophilus influenzae 5 años antes, bebedor de un litro de cerveza/día, fumador 10 cigarrillos/día, sin tratamiento crónico. Acude a Urgencias por fiebre con escalofríos, expectoración mucopurulenta y disnea de diez días de evolución. Se extraen hemocultivos. Ante hallazgos, se consulta a UCI que decide ingreso a su cargo. Exploración física: TA 131/87, T° 38, FC 138, SatO2 85%. Regular estado general, taquipneico, con uso de musculatura accesoria. Cavidad oral normal. Auscultación: ruidos cardiacos rítmicos, taquicárdicos, sin soplos. Murmullo vesicular disminuido en hemitórax derecho, con roncus y sibilantes, mayores en campos inferiores. Resto normal. Pruebas complementarias: Analítica: leucocitos 16000 con neutrofilia, glucosa 159, procalcitonina 10. Gasometría arterial: pH 7.33, pO2 54, pCO2 57, CO3H 30, láctico 1.4. ECG: taquicardia sinusal, 120 lpm. Rx tórax: condensación basal derecha con nivel hidroaéreo en su interior. Borramiento hemidiafragma derecho. TC: consolidación cavitada/abscesificada en IID, con fistulización al bronquio principal derecho. Nódulos cavidades de diferentes tamaños en ambos campos pulmonares, compatibles con émbolos sépticos. Derrame plural pseudocoleccionado en lóbulo superior. Pequeño neumotórax paracardiaco derecho y anteroinferior derecho. Adenopatías mediastínicas. Ecocardiograma: hipertrofia VD, signos de HTP. Serología y cultivos negativos. Evolución: se inicia oxigenoterapia de alto flujo y el paciente mejora inicialmente. Se cambia Levofloxacino por Meropenem, Vancomicina y Oseltamivir. En pocas horas, ante la progresiva disnea se procede a intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica. Ante la presencia de neumotórax se coloca tubo de drenaje. Al poco: bradicardia, hipotensión con PCR que no responde a RCP, declarándose éxitus. Necropsia: múltiples abscesos con práctica ausencia de parénquima pulmonar en lado derecho, y abscesos en lado izquierdo. Paquipleuritis bilateral, todo ello parece reagudización de un proceso crónico difuso. Bronquiectasias infectadas.

Conclusiones:

La mayoría de abscesos pulmonares cursan con fiebre, tos y expectoración, y su manifestación sistémica crónica, con sudoración nocturna, pérdida de peso y anemia. Aparecen como complicación de neumonía por aspiración y son causadas por especies de anaerobios normalmente presentes en las hendiduras gingivales. Los factores de riesgo constituyen, por tanto, una información primordial en el diagnóstico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1071

SEPSIS: IMPORTANCIA DE REALIZAR UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL AMPLIO EN URGENCIAS EN PACIENTE CON INMUNOSUPRESIÓN GRAVE

S Zafar Iqbal-Mirza, MJ Palomo de los Reyes, P Toledano Sierra, J Largo Pau, P Redondo Galán, R Gamboa Rojo, VE Merlo

Complejo Hospitalario de Toledo

Palabras Clave: sepsis, VIH, tratamiento antirretroviral

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Se expone un caso con sepsis en un paciente con reciente diagnóstico de infección VIH e inicio de tratamiento antirretroviral. El objetivo es plantear un completo diagnóstico diferencial en un paciente con datos de sepsis en urgencias atendiendo a sus antecedentes y comorbilidades. Se trata de un varón de 44 años, natural de Marruecos, fumador 1-2 cig/día. En seguimiento por infecciosas debido a reciente diagnóstico de infección VIH (menos de 1 mes) presentando inmunosupresión severa (CD4 60 ul), en tratamiento antirretroviral (Stribild®) desde hacía 10 días. Además estaba en tratamiento con Doxiciclina por presentar lesiones cutáneas sospechosas de angiomatosis bacilar desde hacía 2 semanas. Acude a urgencias por cuadro de menos de 24 horas de evolución de malestar general, fiebre 40°C, oligo-anuria e hipotensión, elevación de lactato, siendo compatible con sepsis. Nos planteamos identificar el foco que esté condicionando el cuadro, sin ser claro, presentaba una radiografía tórax normal, orina sin datos de infección y en el primer control analítico en urgencias, procalcitonina negativa, sin leucocitosis ni desviación izquierda. Nos planteamos que estemos ante un síndrome de reconstitución inmune (SRI) en un paciente con infección VIH, con inmunosupresión grave (CD4 60) que ha empezado el tratamiento antirretroviral en las últimas 2 semanas, además con una sospecha alta de que el posible desencadenante pueda ser la infección por Bartonella que presentaba previamente. Ante esto se suspende el tratamiento antirretroviral y se inician corticoides (metilprednisolona 1 mg/kg/día, Ingresa en UCI presenta una evolución favorable.

Conclusiones:

El SRI hay que sospecharlo en un paciente con una infección previa que inicia tratamiento antirretroviral con diagnóstico reciente de VIH. Los patógenos habituales con los que está descrito son *M. tuberculosis*, CMV, *Cryptococcus*, *Pneumocystis* y Herpes virus 8, pero hay casos más raros asociados a Bartonella como el nuestro. Es importante la sospecha para suspender el tratamiento en los casos graves e inicio de tratamiento con corticoides para manejo clínico adecuado.

P-1072

HEMONEUMOTÓRAX IATROGÉNICO

I Fernández Marín, M Cuadrado Fernández, AB Carlavilla Martínez, L Pérez Ordoño, A Sánchez Morla, C Rubio Chacón

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Palabras Clave: disfunción sinusal, marcapasos, neumotórax

Historia clínica:

Varón de 87 años con FRCV con factores de riesgo cardiovascular, antecedente de IAM tratado con stent en coronaria derecha e implantación de marcapasos definitivo por disfunción auricular sintomática. Acude al servicio de urgencias por dolor torácico pleurítico derecho y sensación de disnea asociada de cuatro días de evolución, refiere que el cuadro se inició tras la implantación del marcapasos. En la exploración física se encuentra con buen estado general, hemodinámicamente estable, afebril y con saturación de oxígeno basal de 99%, sin hallazgos en la auscultación cardiopulmonar ni el resto de la exploración. Analítica de sangre sin alteraciones, NT-proBNP 411, dímeros D elevados, electrocardiograma con ritmo sinusal a 50 lpm sin alteraciones y radiografía de tórax sugerente de derrame pleural derecho. Se revisa radiografía realizada tras el implante del marcapasos (acceso subclavio izquierdo) observándose neumotórax derecho. Se completa valoración con escáner torácico describiendo hemoneumotórax derecho. Se interconsulta con cirugía torácica que deciden colocar drenaje (pleurecath anterior) con salida de material hemático, cursando ingreso a su cargo. Juicio clínico: hemoneumotórax derecho iatrogénico, tras implante de marcapasos. El paciente permanece ingresado tres días con evolución clínica adecuada, es valorado por Unidad de Arritmias durante el mismo, considerando como lo más probable, que el hemoneumotórax se produjera como consecuencia de una de las liberaciones del sistema de fijación activa durante el procedimiento, sin existir datos de perforación del cable auricular en su localización actual.

Conclusiones:

La frecuencia de complicaciones relacionadas al implante de marcapasos, es variable y se encuentra entre 6% a 9%, y existen diferentes factores relacionadas con las mismas. Las más frecuentes se relacionan con un operador poco experimentado y con la concurrencia de insuficiencia cardíaca previa al implante. El neumotórax es una complicación poco frecuente, sobre todo contralateral al punto de punción para canalizar la vía de acceso.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1073

ANEMIA HEMOLÍTICA QUE DEBUTA COMO TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

MA Bernal Hinojosa, B García Gonollet, CA Yago Calderón,
EM Espínola Coll, J Cano García

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Palabras Clave: trombosis venosa profunda, anemia hemolítica, coagulopatía

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. Asma. Artrosis. Amigdalectomizada. No hábitos tóxicos. Antecedentes familiares: anemia ferropénica secundaria a hiperemenorrea. Enfermedad actual: dolor en miembro inferior derecho y coluria de 3 días de evolución. Además, pérdida de apetito. Exploración física: buen estado general, consciente, orientado. Eupneico. Palidez cutánea, tinte icterico en conjuntivas y palmas. Tonos cardiacos rítmicos, sin soplos audibles. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen blando, depresible, no doloroso, no hepatomegalia ni esplenomegalia. Pulsos pedios presentes y simétricos. Aumento de perímetro de miembro inferior derecho, con aumento de temperatura, empastamiento y signo de Hofman positivo. Pruebas complementarias: analítica de sangre: hemoglobina 8, VCM 109, leucocitos 166000, coagulación normal, LDH 1201, GOT 108, bilirrubina 4.5, bilirrubina directa 0.3. Test de Coombs +++. Ecografía miembro inferior derecho: trombosis venosa profunda en venas gemelares. Quiste de Baker roto. Frotis: serie roja con anisocitosis marcada, junto con fenómeno de policromasia. Frecuentes hematíes nucleados. Plaquetas de morfología normal. Serie mielóide normal. Rasgos atípicos en serie linfóide. No células de hábito blástico. Juicio clínico: anemia hemolítica autoinmune y trombosis venosa profunda de miembro inferior derecho. Evolución: se inicia tratamiento con corticoides y heparina, y se ingresa para completar estudio.

Conclusiones:

La anemia hemolítica autoinmune se puede asociar a fenómenos de hipercoagulabilidad, por lo que se puede asociar a trombosis venosa profunda.

P-1074

MENINGOCOCEMIA CRÓNICA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

I Robledo Migallón (1), M Ruiz Ojeda (2), R Hidalgo Gil (3),
E Piñero Flores (4), E Lopera Lopera (4), F Rico Rodríguez (4),
A López Sánchez (4)

(1) Hospital Comarcal Valle de los Pedroches. Pozoblanco,
(2) Hospital Comarcal Valle de los Pedroches, (3) Hospital Santa
Barbara. Puertollano, (4) Centro de Salud de Ubrique

Palabras Clave: fever, infection, bacteria

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Mujer de 26 años con antecedentes de tabaquismo, consulta por cuadro de catarro de vías altas, escalofríos, fiebre elevada (39.5°C), y dolores en articulaciones interfalángicas de ambas manos, sin antecedentes epidemiológicos de importancia. Toma ibuprofeno sin respuesta. A los tres días aparece rash máculo-papular, con algunas lesiones de aspecto purpúreo, que comprometen miembros inferiores y tronco. Se realiza hemograma, bioquímica y radiografía de tórax sin alteraciones. Tres días más tarde continúa con fiebre, extensión de las lesiones cutáneas, en su mayoría de aspecto purpúreo y dolorosas a la palpación. Se toman hemocultivos y se realiza biopsia de las lesiones cutáneas, se envían para anatomía patológica. Al día siguiente se observa el desarrollo de Neisseria meningitidis serogrupo B en los hemocultivos. La paciente continúa febril, con lesiones cutáneas en su mayoría de aspecto purpúreo de 2-10 mm de diámetro en tronco, miembros superiores e inferiores, con compromiso de palmas y plantas. No se realiza punción lumbar. Los datos de laboratorio son 12.500 leucocitos/mm³ con neutrofilia (79% neutrófilos), plaquetas: 193.000/mm³, ESD: 20 mm (1ª hora), VDRL: negativa, anticuerpos anti-HIV-1: indetectables. En la biopsia de piel se observa vasculitis leucocitoclástica, y el cultivo de bacterias es negativo. Se inició ceftriaxona 2 g/día intravenosa, evolucionando afebril a las 24 horas con disminución de las lesiones cutáneas al tercer día y desaparición a los 7 días. Tras una semana de tratamiento con ceftriaxona evoluciona con resolución total del cuadro. Como diagnósticos diferenciales de las lesiones cutáneas deben considerarse gonococia diseminada, sífilis secundaria, endocarditis infecciosa, púrpura de Schonlein-Henoch, enfermedades del tejido conectivo, erupciones secundarias a drogas, vasculitis sistémicas y primoinfección HIV. Diagnóstico: Meningococemia crónica.

Conclusiones:

La meningococemia crónica es una forma clínica infrecuente dentro del espectro de infecciones producido por Neisseria meningitidis, que debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales ante un paciente previamente sano que presenta fiebre, lesiones cutáneas y compromiso articular. Esta forma clínica se caracteriza por fiebre, lesiones cutáneas, compromiso articular, y desarrollo en hemocultivo de



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

la bacteria responsable, habitualmente con ausencia de compromiso meníngeo. Generalmente afecta a adultos jóvenes previamente sanos. Se desconoce la razón por la cual estos pacientes, a diferencia de los que presentan meningitis aguda por *Neisseria meningitidis* y meningococemia aguda, pueden sobrevivir sin complicaciones durante semanas en ausencia de tratamiento antibiótico útil. Se ha planteado que debido a la alta sensibilidad de esta bacteria a los antibióticos betalactámicos, muchos casos podrían ser tratados inadvertidamente.

P-1075

FRACASO RENAL AGUDO EN PACIENTE CON FUNGUS BALL BILATERAL

**D Micheloud Giménez, D Ibrahim Achi, V Palazuelos Molinero,
J Sevillano Fernández, A Maganto Sancho, J Andueza Lillo**

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Palabras Clave: micosis, insuficiencia renal, fungus ball

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 85 años con antecedentes de HTA, DM tipo 2 y DL, LMMC. Enfermedad renal crónica estadio 3 (creatinina basal de 1.1 mg/dL.) Remitida a Urgencias por presentar IRC reagudizada (creatinina plasmática de 3.3 mg/dL y dolor abdominal. Ingreso previo por pielonefritis aguda por *C. albicans* presentando candiduria y candidemia. Recibió tratamiento intravenoso con fluconazol y fue dada de alta con sondaje vesical. Se encontraba hemodinámicamente estable, afebril. En la analítica presentaba anemia y plaquetopenia, ya conocidas, creatinina de 2.6 mg/dL con filtrado glomerular calculado menor de 30 mL/min/1,73 m² y elevación de reactantes de fase aguda con proteína C reactiva de 20. En orina se informaba piuria intensa y bacteriuria. En la ecografía abdominal se describió una dilatación moderada del sistema pielocalicial derecho con contenido ecogénico intraluminal en relación con material purulento e imagen hiperecogénica del grupo calicial inferior con sombra acústica posterior compatible con litiasis renal. En el riñón izquierdo se objetivaron imágenes hiperecogénicas en grupos caliciales en probable relación con litiasis múltiple no obstructiva. La tomografía computerizada de abdomen se realizó sin contraste por deterioro de función renal, presentó: imágenes hiperdensas en la luz de ambas pelvis renales, de morfología nodular, la de mayor tamaño en el lado derecho (22 mm), dilatación pielocalicial bilateral leve-moderado en el derecho. Estos hallazgos sugieren incipiente uropatía obstructiva secundaria a bolas fúngicas con proceso inflamatorio urotelial. Ante la sospecha diagnóstica de uropatía obstructiva por fungus balls y dados los antecedentes recientes se inició tratamiento intravenoso con fluconazol 200 mg cada 24 horas y Meropenem ajustado a función renal. Se realizó derivación urinaria con catéteres ureterales bilaterales. A las 24 horas de su ingreso, la paciente presentó notable empeoramiento (fiebre, hipotensión, taquicardia y neutropenia) hacia shock séptico precisando monitorización estrecha y tratamiento con drogas vasoactivas. Se colocó nefrostomía percutánea bilateral con mejoría de función renal. Se programó ureterorenoscopia bilateral para diagnóstico y tratamiento, no obstante, durante el ingreso en la paciente evolucionó desfavorablemente.

Conclusiones:

Existe una mayor tasa de mortalidad en pacientes con candiduria sin candidemia, por lo que parece que la presencia de candiduria es un importante marcador de gravedad en estos pacientes.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1076

ODINOFAGIA CON FIEBRE NO SIEMPRE SON ANGINAS

O Zhygalova Zhygalova (1), AC Matía Cubillo (2), J Grunewald Ortiz (3), M Rodrigo Rodríguez (3), M Sainz de Andueza (3), I González Prada (3), F Callado Moro (3)

(1) Urgencias. Hospital Universitario de Burgos, (2) Gerencia de Atención Primaria, (3) Urgencias. Hospital Universitario de Burgos

Palabras Clave: pharyngitis, fever, abscess

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 36 años que acude porque tiene odinofagia y fiebre. Anamnesis: desde hace 3 días presenta dolor de garganta, fiebre, malestar general, disfagia, dolor de cuello. Ha sido tratado por su Médico con amoxicilina/clavulanico 875/125mg vo cada 8h y metamizol 575mg vo cada 8h. Antecedentes personales: sin interés. Sin tratamiento habitual. Exploración física: TA=124/62mmHg, FC=102 lpm, T° 38.1°, SatO2 95%. Consciente, orientado y colaborador, afectado por el dolor, con discreta afonía. Signos meníngeos (-) ORL: faringe hiperémica, amígdalas sin exudado. No adenopatías laterocervicales. No bocio. AC: rítmica, sin soplos. AP: mv conservado. Exploraciones complementarias: Analítica: HG: Leucocitos 22.9mil/mm³, neutrófilos 90.4%, linfocitos 5.0%, monocitos 4.5%, plaquetas 198 mil/mm³, BQ: PCR 63mg/dl, resto normal. TAC cuello: absceso parafaríngeo izquierdo que se extiende desde la amígdala palatina izquierda hasta el espacio preepiglótico con eje cráneoocaudal, de aproximadamente 4cm, provoca edema de la epiglottis y disminución de la vía aérea en esa zona. Diagnóstico diferencial: Las principales causas de odinofagia con fiebre, son las infecciones por virus respiratorios, faringoamigdalitis bacterianas y síndromes mononucleósicos, menos frecuentes pero graves son los abscesos y enfermedades sistémicas. Diagnóstico final: Absceso parafaríngeo izquierdo. Tratamiento y Evolución: Se administró metilprednisolona 40mg iv, paracetamol 1gr iv, amoxicilina/clavulanico 2gr/200mg iv y dextetoprofeno 50mg iv. El paciente fue ingresado en el servicio de ORL con tratamiento pautado, al día siguiente se reevaluó persistiendo edema y acumulación de pus en vallecule y epiglottis, se realizó drenaje y evolucionó favorablemente.

Conclusiones:

La odinofagia y fiebre alta, son motivo frecuente de consulta en Urgencias, la mayoría de las veces el curso de las patologías subyacentes es benigno pero se deben tener en cuenta las posibles complicaciones que pueden amenazar la vida del paciente por compromiso de la vía aérea. Pruebas de imagen, habitualmente innecesarias en patología banal, deben ser valoradas cuando la evolución del cuadro no es favorable o la exploración no concuerda con la sintomatología.

P-1077

COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD DE VERNEUIL

JM Fernández Núñez (1), C de Vera Guillén (1), MJ Cardenal Falcón (2), A Martín Pérez (3), G González Mateos (3), R Peinado Clemens (1)

(1) Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Hospital Infanta Cristina. Badajoz, (2) Servicio de Urgencias. Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz, (3) Servicio de Urgencias. Hospital de Coria. Cáceres

Palabras Clave: hidrosadenitis supurativa perianal, absceso perianal, enfermedad de Verneuil

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción. La enfermedad de Verneuil o hidrosadenitis supurativa es una enfermedad cutánea, de latencia crónica, que afecta al sistema glandular apocrino, de etiología desconocida, predominando en el sexo masculino en la edad adulta. Se localiza en la región perianal, glúteos, axilas, cuero cabelludo, cuello y mama. Objetivos. A propósito de dos casos clínicos, queremos incidir en las posibles complicaciones que se pueden derivar, así como en la necesidad de un abordaje multidisciplinar, no exento de complejidad. Caso 1. Varón de 67 años de edad con antecedentes de sinus pilonoidal y flutter auricular, que consulta por dolor y secreción purulenta perianal de larga data y rectorragia. No había consultado antes por pudor. En la exploración presentaba regular aspecto con intensa palidez. Objetivamos varias fistulas cóxigeas y glúteas con signos inflamatorios locales y en tejidos circundantes, secreción purulenta y maloliente, con sangrado activo de las lesiones, así como tejido granulomatoso hipertrofiado. Tenía hemoglobina de 8 g/dl y 16500 leucocitos/ml. Se tomaron cultivos y biopsias de la zona, resultando positivos para Staphylococcus aureus y carcinoma epidermoide. Caso 2. Varón de 56 años con antecedentes de hidrosadenitis supurativa glútea sin revisiones en consulta y fumador de un paquete al día. Consultó por deterioro del estado general con pérdida ponderal de 15 kg en los últimos 6 meses, coxalgia izquierda y tumoración eritematosa de 8 cm de diámetro, en región externa del muslo izquierdo. Deambulaba con ayuda de bastón. En la exploración llamaba la atención la zona de la hidrosadenitis sacra con supuración serohemática, limitación de la flexo-extensión de la cadera izquierda y la zona indurada del muslo. En las pruebas complementarias destacaba glucosa 161 mg/dl, hemoglobina 9,6 g/dl y 23900 leucocitos/ml, siendo el resto de parámetros normales. El TAC mostró una desestructuración de los tejidos sacro-cóxigeos y glúteos, con colecciones líquidas en ambas regiones periarticulares coxofemorales (18 cm x 12 cm en la izquierda) con burbujas aéreas en su interior, así como en la tuberosidad isquiática y cara posterolateral del muslo izquierdo. Además de signos de osteomielitis en la cabeza femoral izquierda.

Conclusiones:

Ambos casos precisaron abordaje multidisciplinar en los que los urólogos tuvieron un destacado papel inicial.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1078

TROMBOSIS PRÓTESIS MITRAL

JF Rodríguez Fernández, A López Barrios, I Beltrán Rubio,
E Pérez García

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

Palabras clave: trombosis, metálica, fibrinólisis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 75 años. No RAMC. No hábitos tóxicos. FA anticoagulada. Cardiopatía hipertensiva con prótesis mitral por rotura de velo anterior (2008). Tratamiento: enalapril, bisoprolol, atorvastatina, digoxina y acenocumarol. Acude a Urgencias por de disnea progresiva asta hacerse de mínimos esfuerzos sin disminución de diuresis ni presencia de edemas, negando fiebre o cuadro cataral tras alta de observación hace 3 días. Estuvo ingresada durante 36 horas por IC descompensada resulta con tratamiento deplectivo. Al ingreso estable hemodinámicamente, con disnea en reposo pero sin dificultad respiratoria. Tonos cardiacos arrítmicos a buena frecuencia, sin soplos, buen murmullo vesicular con ligeros crepitantes bibasales. MMII sin edemas ni signos de TVP. ECG: FA con RVc sin otras alteraciones. Rx tórax: cardiomegalia, pinzamiento de seno costofrénico derecho y refuerzo vascular con redistribución a vértices. Analítica normal salvo INR que no coagula (revirtido en las siguientes horas). Al día siguiente cuadro de obnubilación, inestabilidad hemodinámica, ingurgitación yugular, disnea y sudoración. Se repite ECG, similar al previo. Solicitamos ecocardiografía urgente por sospecha de taponamiento cardiaco. Auscultatoriamente sólo taquiarritmia. Se realiza ETE apreciándose disfunción de válvula protésica y trombosis de la misma. Contactamos con Cirugía Cardíaca que desestima la intervención urgente por lo que realizamos fibrinólisis en Observación. Posteriormente traslado a UCI.

Conclusiones:

La trombosis valvular obstructiva se debe sospechar inmediatamente en cualquier paciente portador de válvula protésica con disnea de reciente comienzo o un evento embólico. La sospecha debe ser mayor después de anticoagulación inadecuada, reciente o bajo situaciones procoagulantes. El diagnóstico se confirma por ecocardiografía o cinefluoroscopia. El tratamiento es de alto riesgo cualquiera que sea la opción elegida. La mortalidad de la intervención quirúrgica depende del grado funcional del paciente y sobre todo la urgencia de la cirugía. El análisis de los riesgos y beneficios de la fibrinólisis debe ser adaptado a las características del paciente y los recursos disponibles. Esta debe considerarse en pacientes críticos con pocas probabilidades de sobrevivir a la cirugía por las comorbilidades o deterioro previo de la función cardíaca. El caso presentado se trata de una trombosis protésica mitral, con grave repercusión hemodinámica, elevado riesgo quirúrgico, que fue tratada con fibrinólisis de forma eficaz y sin complicaciones precoces.

P-1079

TROMBOSIS PULMONAR TUMORAL

MT Maza Vera, S Troncoso Recio, M Vilar Pérez, S Diéguez Pérez,
MJ Sáiz Rubio, S Blanco Sío, L Amador Barciela

Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro. Vigo, Pontevedra

Palabras clave: pulmonary embolism, lung neoplasms, emergency medicine

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 71 años que acude a urgencias tras presentar esa mañana, un episodio presíncope, con caída posterior. No disnea ni dolor torácico asociados. Se encuentra en tratamiento con indacaterol/glicopirronio inhalado. Fue atendido un año antes por un cuadro similar, con juicio clínico de presíncope vasovagal. Entre sus antecedentes destaca el diagnóstico en 2008 de carcinoma microcítico de pulmón en lóbulo superior izquierdo, en remisión tras recibir radioterapia y quimioterapia. En 2013 presentó carcinoma epidermoide de lóbulo superior derecho, administrándose radioterapia. Un año después, tras objetivarse progresión local, se desestimó reirradiación y limitar tratamiento quimioterápico solo en caso de progresión sintomática. En urgencias: Normotenso, SatO₂ 95%. Sibilancias espiratorias, no signos TVP. No focalidad neurológica. Se solicitaron análisis, que no mostraban alteraciones, salvo Dímero D 1221 ng/ml. No se aplicó escala de probabilidad preprueba. Dado este resultado, se solicita angioTAC que visualiza discreto aumento de masa tumoral e imagen hipodensa en el interior de arteria segmentaria de LSD en continuidad con la masa pulmonar, que se extiende hacia la arteria pulmonar lobar y sugiere invasión/trombo tumoral. Neumonitis obstructiva distal. Derrame pleural de pequeña cuantía. Dadas las discrepancias en cuanto al manejo y tratamiento de la probable invasión vascular tumoral, se decide el paso del paciente al área de observación para valoración posterior por oncología. El paciente es dado de alta al día siguiente, con tratamiento con enoxaparina a dosis profiláctica. No presentó nuevos síntomas durante su permanencia en urgencias.

Conclusiones:

La trombosis tumoral es una causa rara de EP no trombótica, que puede presentarse como *cor pulmonale* secundario a múltiples émbolos distales. El diagnóstico suele ser postmortem y aparecen émbolos hasta en un 26% de autopsias. Clínicamente la macroembolia tumoral es difícil de distinguir de la tromboembolia pulmonar. La microembolia asemeja otras afecciones pulmonares. En el caso que no ocupa, la sospecha es de invasión por continuidad y, muy probablemente se trate de un hallazgo incidental que no justifique la clínica actual del paciente. Dadas las limitaciones terapéuticas previas consensuadas por comité de tumores, no se plantearon otras alternativas, optándose por tromboprofilaxis con heparina de bajo peso molecular. En seguimientos posteriores, ha continuado la progresión tumoral local.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1080

NEUMONÍA EOSINOFÍLICA AGUDA

S Sánchez Martínez, M Sánchez Moreno, JF Rodríguez Fernández, E Pérez García, E Montero Romero

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Palabras clave: neumonía, insuficiencia respiratoria, eosinofilia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Antecedentes: Familiares: sin interés. Personales: fumador con un consumo acumulado de 26 paquetes/año. Enfermedad actual y exploración: paciente de 38 años, que presenta tos seca irritativa y malestar general de 6 días de evolución, por lo que realizó tratamiento con amoxicilina y mepifilina sin mejoría y apareciendo disnea de pequeños esfuerzos hasta que en las últimas 48 horas se hace de reposo con intolerancia al habla. Niega otra sintomatología. Exploración física: mal estado general, sudoroso, taquipneico, taquicárdico, Tensión arterial: 180/100 mmHg, saturación oxígeno: 98% con oxigenoterapia mediante alto flujo FiO₂ 50%. Auscultación cardiopulmonar: soplo sistólico funcional sin otros hallazgos. Pruebas complementarias: 1. Electrocardiograma: taquicardia sinusal a 120 lpm, sin otras alteraciones. 2. Gasometría venosa: pH: 7,3, pCO₂: 49,4, HCO₃: 21,25, láctico 2, saturación venosa O₂: 74,9%. 3. Radiografía tórax: patrón intersticial difuso bilateral. 4. Analítica: bioquímica: iones y función renal normal, PCR: 154,5 mg/ml, procalcitonina: 1,35ng/ml. Hemograma: 22000 leucocitos con 93% polimorfonucleares, 10% eosinófilos, hemoglobina y plaquetas normales. Coagulación normal, dímeros d: 721 mcg/ml, ProBNP: 25 ng/ml. 5. Hemocultivo y cultivo de esputo negativo. 6. Antigenuria neumococo y legionella negativo. 7. Virus respiratorio sincitial, Influenza A y B negativos, VIH negativo. Inicialmente el paciente realizó tratamiento con antibioterapia empírica sin mejoría clínica y tras la recepción de los resultados microbiológicos se inicia tratamiento con pulsos de corticoides 1g durante tres días consecutivos con clara mejoría por lo que se traslada a planta de neumología para continuar estudio.

Conclusiones:

La neumonía eosinofílica aguda se caracteriza por un curso agudo, desarrollo de insuficiencia respiratoria y por una rápida y completa respuesta a esteroides sistémicos. Comúnmente es considerada una neumonía grave de la comunidad debido a la ausencia de eosinofilia periférica, por lo que el índice de sospecha inicial es bajo. La importancia de esta entidad radica en que es necesario realizar precozmente procedimientos invasivos.

P-1081

SÍNDROME DEL DESFILADERO TORÁCICO

B Arribas Entrala (1), A Aragón Merino (2), JM Ferreras Amez (3), I Albistur Lesmes (3), MA Sarraat Torres (3), D Blasco Alquézar (1)

(1) Centro de Salud Actur Sur, (2) Centro de Salud Zona Centro. Cáceres, (3) Hospital Royo Villanova. Zaragoza

Palabras clave: trombosis venosa profunda de extremidad superior, síndrome del desfiladero torácico, terapia trombótica

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 50 años de edad que acude a Urgencias por dolor en extremidad superior derecha (ESD) de tres días de evolución sin respuesta a tratamiento antiinflamatorio. No antecedente de traumatismo ni sobreesfuerzo físico. Afebril. Exploración física: Extremidades superiores, pulsos distales simétricos. Aumento proximal del perímetro de ESD con edema, empastamiento, eritema y calor. Resto de exploración anodina. Diagnóstico diferencial: -Celulitis. -Linfangitis. -Hemorragia intramuscular. -Obstrucción venosa intermitente sin trombosis. -Hidrosadenitis infecciosa con compresión de estructuras vasculares. Pruebas complementarias: Analítica de sangre: PCR 3.12 mg/dl. Dímero D 2.859 ng/ml. Resto de parámetros sin alteraciones. Ecografía doppler de ESD: Signos ecográficos de ocupación trombótica con escasa compresibilidad y permeabilidad desde la vena braquial hasta la subclavia derecha. Evolución: Visualizada la trombosis venosa profunda (TVP) mediante ecografía ingresa en Cirugía Vascular. Se realiza flebografía que confirma la trombosis aguda de vena braquial, axilar y subclavia derechas, iniciándose tratamiento fibrinolítico administrándose 250.000 unidades de urokinasa con colocación de catéter en vena subclavia para infusión continua de fibrinolíticos. Tras 48 horas, se aprecia en flebografía de control resolución completa de trombosis axilo-subclavia con permeabilidad de vena braquial, axilar, subclavia y cava. Con maniobras de hiperextensión y rotación se objetiva cierre de vena subclavia proximal con relleno de vena cava por colaterales, sugestivo de síndrome de desfiladero torácico. Se indica resección de primera costilla derecha de forma electiva tras un mes de tratamiento con heparina de bajo peso molecular a dosis anticoagulante. Evolución postoperatoria satisfactoria con buena movilidad del brazo. Diagnóstico final: Trombosis venosa ESD. Síndrome del desfiladero torácico venoso derecho.

Conclusiones:

El síndrome del desfiladero torácico, también conocido como síndrome de Paget-Schroetter o trombosis de esfuerzo, traumática, espontánea o idiopática se diagnostica por exclusión. Hay un antecedente de sobreesfuerzo o movimientos repetidos de elevación de la extremidad. Se relaciona con la compresión repetida de la vena axilar, asociada a veces a anomalías anatómicas locales (estenosis de la vena por compresión extrínseca: costilla cervical o hipertrofia del músculo escaleno anterior). Existen discrepancias sobre una vez restablecido el flujo. Tratamiento conservador si no se demuestra compresión con las maniobras de elevación de la extremidad o cirugía descompresiva mediante resección de la primera costilla y escalenectomía.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1082

DOCTORA, A MÍ ME DUELE LA ESPALDA

ME Rosa González, AM López Llerena, C Villamor Jiménez, R Vallejo Hernández, E Gómez Gómez-Mascaraque, A García Tobaruela, E Mora Bastante

Hospital El Escorial. Madrid

Palabras clave: discitis, sepsis, dolor de la región lumbar

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 86 años con antecedentes de diabetes tipo 2 acude a Urgencias por deterioro del estado general y fiebre de 39° de 24 horas de evolución, acompañándose de dolor lumbar y síndrome miccional. Refiere lumbalgia mecánica de años de evolución, con empeoramiento progresivo y lento en el último año, sin cambios bruscos en las características del dolor. Refiere extracción dental hace una semana. Exploración física: Regular estado general. Fiebre (38,5°C), normotensa, taquicárdica (110 lpm) y taquipneica (22 rpm). Sin focalidad neurológica. No lesiones cutáneas. Abdomen: Globuloso, blando y depresible, algo distendido y timpánico. No doloroso a la palpación. No masas ni visceromegalias palpables. No signos de irritación peritoneal. Puño-percusión renal bilateral dudosa. Dolor a la palpación en columna lumbar y musculatura paravertebral. Pulsos femorales presentes y simétricos. Pruebas complementarias: Analítica: Leucocitos: 18.000/mm³. Neutrófilos: 82%. Glucosa 260 mg/dl. PCR 29,65 mg/dl (VN: 0-0,6). Orina: Leucocitos 25/ul. Nitritos positivos. Glucosuria 300 mg/dl. ECG: taquicardia sinusal. Radiografía de tórax y abdomen sin hallazgos significativos. Radiografía de columna: Aplastamientos vertebrales D11, L1 y L4. Diagnóstico diferencial: Cuadro sindrómico de sepsis cuyo foco podría ser: Pielonefritis aguda, Endocarditis o Espondilodiscitis/ Osteomielitis vertebral Diagnóstico final: Bacteriemia y espondilodiscitis aguda infecciosa por *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina, con absceso epidural y del músculo psoas izquierdo secundarios. Evolución y discusión: La espondilodiscitis piógena es una infección poco frecuente. En la mayoría de los casos microorganismo causal es el *Staphylococcus aureus*. El tratamiento suele ser conservador, dirigido a erradicar la infección subyacente, conservar la estructura vertebral y lograr un apropiado control del dolor. La cirugía se indica ante la presencia de déficits neurológicos y complicaciones, como en el caso de nuestra paciente que presentó un absceso raquídeo y precisó drenaje quirúrgico del mismo.

Conclusiones:

Esta patología constituye un reto diagnóstico en el servicio de Urgencias. Es fundamental una anamnesis, exploración física y pruebas radiológicas dirigidas, y sospecharla ante un cuadro infeccioso sin foco claro con clínica de afectación de estructuras musculoesqueléticas de la columna.

P-1083

SÍNDROME DE LEMIERRE, A PROPÓSITO DE UN CASO

MI Cambero Flores, MC García Cáceres, S Díaz Herranz, C Botello García

Urgencias. Hospital Infanta Cristina. Badajoz

Palabras clave: síndrome de Lemierre, *fusobacterium*, sepsis postanginal

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 18 años sin antecedentes personales de interés, que presenta un cuadro de dos semanas de evolución de mal estado general. Quince días atrás consultó por cefalea y mucosidad nasal verdosa y maloliente, siendo diagnosticado de sinusitis, y pautándose tratamiento con azitromicina, sin mejoría clínica. Posteriormente comienza con vómitos alimenticios, dolor abdominal, y sensación distérmica no termometrada, y la madre refiere tendencia al sueño, motivo por el que consultan. En la exploración física destaca frecuencia cardíaca de 150 lpm, TA 120/70, T° 35.5°C, mal estado general, con edema palpebral izquierdo, tumefacción parotídea izquierda y tortícolis izquierda. En la exploración orofaríngea se objetiva enrojecimiento faríngeo con abombamiento del paladar blando izquierdo y abundantes secreciones blanquecinas, resto de la exploración anodina, salvo disminución del nivel de conciencia y midriasis bilateral arreactiva. Analíticamente, leucocitos de 5.2mil/mm³ con neutrofilia de 92%, plaquetopenia de 50.000 mil/mm³ y ratio del tiempo de protrombina del 52%. En la radiografía de tórax y abdomen no hay alteraciones relevantes. Ante la sospecha clínica de síndrome de Lemierre se decide extracción de muestras microbiológicas (hemocultivos) y se decide realización de TAC craneal-cervical, que confirma faringoamigdalitis y sinusitis asociada trombosis de las venas yugulares y extensión del componente inflamatorio a la grasa retroorbitaria. Durante la evolución presenta importante inestabilidad hemodinámica, e insuficiencia respiratoria aguda, por lo que se decide intubación orotraqueal y ventilación mecánica, inicio de antibioterapia empírica intravenosa y queda el paciente a cargo de UCI.

Conclusiones:

La sepsis postanginal o síndrome de Lemierre es una enfermedad rara en nuestros días que ocurre tras una infección orofaríngea y se manifiesta por una tromboflebitis séptica de la vena yugular interna e infecciones metastásicas. Es producida por gérmenes anaerobios, siendo el más frecuente el *Fusobacterium necrophorum*. Se diagnostica por el aislamiento del germen y pruebas de imagen (eco-doppler y TAC). El tratamiento se basa en antibioterapia precoz parenteral a altas dosis, ya que la mortalidad se estima entre el 4-18%.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1084

FIEBRE PROLONGADA EN AMBIENTE RURAL

IM Sánchez Pérez (1), C Piedra Rodrigo (2), J Cara Martín (3),
IM Martín Esteve (3), MF Albarracín Vilches (3), E Quesada Costilla (4)

(1) Sue Lorca Gerencia. 061 Murcia. (2) Urgencias. Hospital
Torrecárdenas. Almería, (3) UCI. Hospital Torrecárdenas. Almería,
(4) Centro de Salud Lorca Sur. Murcia

Palabras clave: fiebre botonosa mediterránea, *Rickettsia conorii*,
enfermedad exantemática

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Paciente varón de 71 años HTA, DM tipo 2, Dislipemia. Vive en un
cortijo y está en contacto con perros y pájaros. Acude a urgencias por
fiebre de 39°C sin tiritona con sudoración nocturna de varios días de
evolución acompañado de cefalea occipital y exantema maculopapular
incluyendo palmas manos y plantas pies no pruriginoso ha estado
tomando paracetamol alternando con nolotil. En urgencias Rx torax
normal y analítica con PCR 5.27. Tratamiento de forma empírica Do-
xiciclina 100 mg/12h Valorado a los 20 días en Consultas externas
de Medicina Interna a las 48 h de tratamiento empírico desaparece la
fiebre y la cefalea pero persiste la astenia, pérdida de 7 Kg de peso.
No artromialgias. Diagnóstico de Sd Febril sin focalidad síndrome
constitucional de 2 meses de duración se piden P Complementarias para
descartar origen infeccioso/neoplásico P. Complementarias: Mantoux
negativo, Rx Torax, ecocardiografía sin alteraciones significativas, TAC
Toraco-abdominal: Granuloma calcificado en III y ganglios inespecífi-
cos en mediastino e hilio derecho de tamaño no significativo. Analíti-
ca Anemia, transaminasas elevadas, Marcadores tumorales negativos.
Serología: CMV 0.24, Toxoplasma, VIH negativos *Rickettsia conorii*
Ac (IgG) 1.07U/mL, *Rickettsia conorii* Ac(IgM) 1.99U/mL. En la revi-
sión de los 3 meses en Consulta de M Interna paciente asintomático
se confirma el Diagnóstico de *Rickettsiosis* y alta. La *Rickettsiosis* es
una enfermedad infecciosa causada por bacterias intracelulares tras-
mitidas por artrópodos vectores (piojos, pulgas, garrapatas y otros
ácaros). Los signos clínicos empiezan normalmente tras 6-10 días de
incubación, son inespecíficos y se observa fiebre acompañada casi
siempre de exantema. Sospecha clínica ante la triada: fiebre alta, rash
cutáneo generalizado con exantema maculo-pápular (incluyendo pal-
ma de manos y pies) y la presencia de una escara negra que puede
pasar desapercibida.

Conclusiones:

La prevalencia de la Fiebre botonosa mediterránea está en aumento y
hay que pensar en ella en pacientes procedentes de zonas rurales con
presencia de garrapatas. Tras 3 consultas médicas de fiebre de 39°C
en ausencia de diagnóstico es obligatorio aplicar tratamiento empírico
en función de la patología sospechada ante signo de alarma con sos-
pecha clínica. El diagnóstico en la fase inicial es clínico-epidemiológi-
co confirmando con estudios serológicos en la fase de convalecencia.

P-1085

MÁS ALLÁ DEL DOLOR COSTAL

T Aragón Aragón (1), L Carbajo Martín (2), I León Arévalo (3)

(1) HAR. Écija, (2) HAR. Utrera, (3) HAR. Morón

Palabras clave: pleural effusion, causalgia, biopsy, needle

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 21 años de edad que acude a urgencias por dolor en am-
bas parrillas costales de 5 días de evolución y fiebre de hasta 38°C.
El estado general del paciente es bueno, está consciente y orientado,
con febrícula en consulta (37°C), eupneico, no se palpan adenopatías,
no presenta signos meníngeos. A la auscultación presenta disminución
del murmullo vesicular pero no ruidos sobreañadidos. Los resultados
de las pruebas complementarias son: RX de tórax: pérdida de volumen
en hemitórax derecho con elevación de hemidiafragma y pequeño
derrame pleural en lóbulo inferior. Electrocardiograma: ritmo sinusal
a 84 lpm, eje normal, T negativa en III, BIRDHHR. Hemograma: nor-
malidad de las 3 series. Coagulación: D-dímero 1079 ng/ml -Bioquí-
mica: normal En urgencias se administra: aerosol con salbutamol 2.5
mg + 250 mg de bromuro de ipatropio, metilprednisolona 60 mg iv,
paracetamol 1 g iv, ranitidina 50 mg iv. Se sospecha derrame pleural
derecho y aumento de D-dímeros por lo que se solicita angioTAC: no
signos de tromboembolismo pulmonar. Derrame pleural derecho sin
datos radiológicos que traduzcan complicación, condicionando una
discreta atelectasia compresiva del pulmón subyacente, pequeña ade-
nopatía hiliar derecha. Diagnósticos diferenciales: Tromboembolismo
pulmonar. Derrame pleural paraneumónico. Derrame pleural por otras
causas: neoplásico, lupus, TBC. Se deriva al hospital de referencia
para filiar el contenido del derrame pleural fundamentalmente para
ver si es trasudado o exudado. Se realiza toracocentesis con marcaje
de punto de punción mediante ecografía obteniéndose líquido con los
siguientes resultados: 9560 células con 90% de mononucleares, pH
7.30, proteínas 51, glucosa 091, LDH 889, ADA 88 Parece que se
trata de un derrame pleural de origen tuberculoso. Se inicia tratamien-
to con Rimstar (isoniazida 75 mg, pirazinamida 400 mg, rifampicina
150 mg, etambutol 275 mg) 5 comprimidos al día en ayunas durante
2 meses y posteriormente Rifinah (isoniazida 300 mg, rifampicina 600
mg) 300 2 comprimidos al día 4 meses más. Se realiza mantoux con
15 mm y la baciloscopia es negativa.

Conclusiones:

El paciente es diagnosticado de tuberculosis con derrame pleural, tras
el tratamiento se encuentra asintomático y sin fiebre. No hay mycobac-
terias en esputo por lo que no se trata de un paciente bacilífero. En el
estudio de convivientes no se encuentran otros casos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1086

DOLOR LUMBAR EN PACIENTE CON NECROSIS AVASCULAR DE CADERA

J Aznarez Adelantado, MP Lora Coronado, ML Millán Montilla
Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras clave: Perthes, discitis, bacteriemia

Ámbito del caso:
Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 55 años, con antecedentes de espondiloartrosis, necrosis avascular de cadera derecha, úlcus gástrico, que acude por dolor lumbar hace 3 días de aparición brusca irradiado a MII. Apofisalgia lumbar a la palpación L2-L3, referido a cara lateral y posterior de muslo izquierdo, lasague negativo, no déficit neurológico, neurovascular distal conservado. Pruebas complementarias, leucos 11,000, neutrofilia, PCR 248 y ATP 64%, DD 3369. Radiografía columna lumbar sin hallazgos de interés. Se procede a ingreso en medicina Interna por sospecha de discitis, en su estancia presenta episodios repetidos de dolor torácico y en miembros con estudio ECG, ecocardiograma y Tac torácica anodinos. Se realiza analítica de control con leucocitos 18,500, neutrofilia, PCR 226, Gasometría venosa: pH 7,39, HCO₃ 25, enzimas cardíacas normales. Se realizan hemocultivos con aislamiento de *Stafilococcus Aureus* meticilina sensible, iniciándose tratamiento antibiótico con ceftriaxona y ciprofloxacino. Posteriormente se realiza tac de abdomen, con hallazgos en relación con osteomielitis de cabeza femoral derecha y diseminación hematogena de la misma, con presencia de abscesos en ambos psoas ilíacos. Tras tratamiento específico con cloxacilina se produce una mejoría clínica del paciente.

Conclusiones:

Ante un paciente con clínica de dolor a nivel de zona lumbar, habría que realizar diagnóstico diferencial con patología abdominal, valorando además siempre los antecedentes personales del paciente que pueden dar lugar a procesos infecciosos por diseminación hematogena y con la ayuda de las pruebas complementarias.

P-1087

DOCTORA, AM TUSE SI FEBRA (¡DOCTORA, TENGO TOS Y FIEBRE!)

A Conejero Deltell, J Grandío Gómez, S Maroto Martín,
A Pérez Leiro, D Pardo Crespo, P Extremera Navas, P Verde González
Hospital Universitario del Sureste. Madrid

Palabras clave: cough, fever, tuberculosis

Ámbito del caso:
Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 34 años procedente de Rumanía con antecedentes de Tuberculosis hace tres años y tratada en Rumanía hace un año durante seis meses y sin ningún antecedente de interés conocido. Acude por tos, mucosidad y febrícula de varios días de evolución. A su llegada al Hospital la paciente se encuentra hemodinámicamente estable, afebril con una saturación de oxígeno al 94%. AL explorarla destaca moderada hipoventilación en hemitórax izquierdo y algún roncus disperso, resto sin alteraciones. Se le realiza radiografía de Tórax y analítica. En análisis destaca una ligera leucocitosis con neutrofilia e insuficiencia respiratoria parcial y aumento de reactantes de fase aguda. Al ver la radiografía llama la atención la desviación del mediastino anterior hacia hemitórax izquierdo y pérdida de volumen de este, sin poder observar claramente cavernomas. De inmediato, se aísla a la paciente y se pauta medidas de contacto y aislamiento. Acto seguido se solicita un TAC tórax y cultivos de esputo. En el TAC se visualiza múltiples lesiones nodulares bilaterales con múltiples granulomas calcificados, afectando ambos lóbulos superiores observando gran pérdida de volumen, dos lesiones cavitadas sugestivas de tuberculomas, en LSD y LSI, ambas con contenido hipodenso intraluminal compatible con micetomas, extensas bullas subpleurales bilaterales, bronquiectasias por tracción y ganglios calcificados en ventana aortopulmonar y espacio subcarinal sugerentes de Tuberculosis. Debemos pensar como diagnósticos diferenciales sobreinfección bacteriana o fúngica de lesiones residuales de Tuberculosis previa o reactivación de la misma. La paciente queda ingresada y se le pauta antibioterapia empírica, con buena evolución. Durante su ingreso los tres cultivos BAAR han sido negativos. En último cultivo de esputo se aísla *Candida albicans* confirmando unas de nuestras primeras sospechas diagnósticas.

Conclusiones:

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa y una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. Por lo que es primordial sospechar la enfermedad, en todo paciente con síntomas respiratorios y/o síntomas generales de más de dos o tres semanas de duración e iniciar los procedimientos diagnósticos, así como en todo paciente con hemoptisis, con independencia de la duración.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1088

ARTRALGIAS EN URGENCIAS. UN DESENLACE ATÍPICO

E Peraita Fernández, FM Mateos Chapar

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras clave: endocarditis, fiebre, artritis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 76 años con Antecedentes personales de DM tipo 2 y Hepatopatía crónica de origen enólico CHILD C con HT portal y episodios de descompensación hidrópica y PBE. que acude a nuestros S.U. por un cuadro de 15 días de evolución de dolor lumbar irradiado a EI junto con dolores mecánicos en ambas rodillas, codos y hombros en los que se objetivan signos de inflamación asociados. No hay fiebre en su domicilio ni durante su estancia en Urgencias ni la anamnesis arroja más datos. La primera analítica muestra 12200 leucocitos/mcL (90% neutrófilos y 7% cayados), un amonio de 66 mcmol/L y un leve aumento de PFH (GGT 147 y FA 149 U/L), PCR 25 mg/dL y Procalcitonina de 1,50 ng/mL. El análisis de orina fue negativo. Se comienza con analgesia y estudio con artrocentesis de la rodilla izquierda y se pauta colchicina, AINE y Omeprazol. En 48 horas, la paciente comienza con empeoramiento del estado general, bradipsiquia e inestabilidad hemodinámica (TA 60/40 y taquicardia sinusal junto con taquipnea y disminución de la SaO₂). Se instauran maniobras de soporte hemodinámico con respuesta parcial y se realiza TAC toraco-abdominal que descarta TEP y revela artritis en la sínfisis del pubis junto con colección en abductor mayor izquierdo. Los cultivos de la artrocentesis fueron positivos para *S. Aureus* sin resistencias que posteriormente se confirmaron (nueva artrocentesis y hemocultivos). Se realizó Ecocardiografía transesofágica por sospecha de Endocarditis que fue confirmada sobre válvula Mitral y Aórtica y absceso en anillo posterior.

Conclusiones:

Los cuadros insidiosos en Urgencias suponen un desafío adicional para el profesional. Una adecuada anamnesis y exploración física junto con una reevaluación periódica permiten el diagnóstico de complicaciones no frecuentes en cuadros habituales. Ante la sospecha de artritis séptica en cualquier origen el tratamiento antibiótico endovenoso debe priorizarse y no debemos esperar a los resultados microbiológicos. El manejo de las infecciones y de la sepsis es uno de los requisitos fundamentales para el trabajo diario en un servicio de urgencias y todos los profesionales deben tenerla en cuenta en sus diagnósticos diferenciales y en sus órdenes de tratamiento.

P-1089

DISNEA EN PACIENTE GESTANTE: IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO PRECOZ

E Portugal Rodríguez, JM Ayuela Azcárate, M del Valle Ortiz, O Badallo Arévalo, R Portugal Rodríguez, E Martínez Barrio, JA Fernández Ratero

Hospital Universitario de Burgos

Palabras clave: embarazo, diagnóstico, disnea

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN. La disnea es un síntoma que se manifiesta en el 60-70% de las embarazadas debido a factores bioquímicos y mecánicos que afectan a la función respiratoria durante la gestación. Algunas complicaciones pulmonares pueden pasar inadvertidas porque sus manifestaciones clínicas quedan enmascaradas por los cambios fisiológicos propios del embarazo. **OBJETIVO.** Ante una mujer gestante con dificultad respiratoria debemos establecer un diagnóstico diferencial entre cambios fisiológicos o existencia de enfermedad: asma, neumonía, disección coronaria o tromboembolismo pulmonar (TEP) entre otros. **CASO CLÍNICO:** Mujer de 21 años embarazada de 22 semanas. **ANTECEDENTES PERSONALES:** Dos abortos previos. **MOTIVO DE CONSULTA:** refiere desde hace 72 horas dolor torácico. En las últimas horas se acompaña de disnea, taquipnea y sudoración. **EXPLORACIÓN FÍSICA:** Somnolienta. Palidez y frialdad cutánea. TA 104/60, FC 140lpm, Taquipneica 28 rpm con SatO₂ 94% con gafas nasales 2L. Afebril. Resto, sin evidencia de alteraciones. **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:** Analítica: elevación de marcadores cardíacos y ProBNP. No datos de infección. EcoDoppler de miembros inferiores: no signos de trombosis venosa profunda. Ecocardiograma: dilatación de cavidades derechas y signos de hipertensión pulmonar. Ingresó en la unidad de cuidados intensivos. **EVOLUCIÓN:** empeoramiento progresivo de la situación hemodinámica y respiratoria. Se decide de forma consensuada la realización de un angioTC donde se objetiva la presencia de trombos en ambas arterias pulmonares principales, ramas lobares, segmentarias y subsegmentarias. Se inicia tratamiento fibrinolítico con rtPA. **RESULTADO:** buena evolución clínica desapareciendo los signos de sobrecarga y disfunción ventricular derecha. Asintomática se traslada a planta de hospitalización de ginecología para continuar seguimiento de su embarazo y evolución.

Conclusiones:

El TEP es una de las principales causas de fallecimiento en mujeres durante el embarazo y el puerperio. Durante esta etapa, la mujer embarazada tiene factores de riesgo aumentados para su desarrollo, estimándose cuatro o cinco veces mayor. En el caso clínico presentado, el diagnóstico precoz, la vigilancia intensiva y la toma de decisiones inmediata y consensuada ante el empeoramiento clínico de la paciente, fueron claves para la supervivencia de ambos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1090

ESTE DOLOR ME ESTÁ MATANDO

R Rodríguez Borrego, A Martín Aires, J Naranjo Armeros, A Gómez Prieto, S De Francisco Andrés, MJ González Pimienta, C Gil Castillo

Complejo Asistencial Universitario Salamanca

Palabras clave: back pain, CT scan, lung cancer

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón 59 años AP: HTA e Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatía Dilatada, Implantación de DAI, DM tipo 2. TTO, con torasemida, carvedilol, losartán, eplerenona, ezeimiba, metformina, NAMC. El paciente acude al Servicio de Urgencias por cuadro clínico de dolor a nivel de columna dorso-lumbar de una semana de evolución con irradiación a extremidad superior izquierda, de características mecánicas, se exacerba con la flexo-extensión del tronco y movilización del tórax. No alteraciones neurovascular, dolor torácico, sensación disneica o palpitaciones. No traumatismo previo. Consultó por el mismo motivo a su Médico de Atención Primaria quien pautó Diazepam 5mg, Tramadol/Paracetamol con mejoría parcial de la sintomatología, motivo por el cual acude a nuestro servicio. La Exploración Física, incluida la Auscultación Cardiopulmonar, no puso de manifiesto hallazgos de interés salvo movilización dolorosa con la flexo-extensión del tronco. Se solicitó: ECG: Ritmo Sinusal a 75 latidos/minuto, eje QRS a 30° con BCRIHH. RX: Columna Dorsal (AP y LAT), sin alteraciones. Dado los hallazgos radiológicos, clínica y estado general del paciente se decide alta con diagnóstico de DORSO-LUMBALGIA. Se ajusta medicación analgésica, añadiéndose Pregabalina 75mg (0-0-1), y control por su MAP. Nueva consulta al Servicio de Urgencias 15 días después de 2015), refiriendo empeoramiento de la sintomatología descrita anteriormente, destacando en este momento aumento progresivo del dolor en columna dorso-lumbar, que no cede con medicación prescrita. Se da el alta del paciente con diagnóstico de DORSO-LUMBALGIA SUBAGUDA. Se pauta Dexketoprofeno 25 mg (1-1-1) y consulta Servicio de Traumatología. Nueva consulta al Servicio de Urgencias por empeoramiento de su estado, dolor interescapular que define como si le partiesen. EF: BEG. Taquipneico con 20 rpm. Resto exploración física sin interés ECG: igual a al previo Rx Tórax: sin cambios. Se realiza TAC se objetiva masa en Lóbulo Superior Izquierdo. Lesiones líticas en 5° arco costal derecho y en T6. Diagnóstico: Carcinoma de Pulmón en Estadio IV.

Conclusiones:

La consulta repetitiva de un paciente nunca hay que infravalorarla. El diagnóstico de este paciente se determina gracias a la TAC ya que la Rx convencional no muestra ninguna lesión a pesar del gran tamaño de la masa pulmonar que presenta el paciente.

P-1091

A PROPÓSITO DE UN CASO DE DISNEA

V Acosta Ramón, WR Ferrero Ohse, I Mantiñán Vivanco, J Andino López, S Pini, E Pariente Rodrigo, C de León Rivas

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras clave: neumotórax, dificultad respiratoria, disnea

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción: El neumotórax se define por la presencia de gas o aire en el espacio pleural, espacio virtual situado entre la pleura visceral y la pleura parietal. Ocurre por la salida de aire desde el parénquima pulmonar a través de una disrupción de la pleura visceral, provocando que la presión intrapleural se aproxime a la presión atmosférica con el consiguiente colapso pulmonar. Es una de las patologías pulmonares más frecuentes y puede ser espontáneo, traumático o iatrogénico. **Paciente y Métodos:** Varón de 75 años de edad. **Antecedentes:** HTA, ACVA embólico (1987), portador de una prótesis valvular aórtica mecánica, neumectomía izquierda por carcinoma epidermoide (2003), y en tratamiento anticoagulante con acenocumarol. Es traído por O61 con clínica de disnea súbita acompañado de sudoración profusa, taquicardia supraventricular, ingurgitación yugular, hipertensión, hipoxemia y abolición del murmullo vesicular. **Resultados:** Hemograma: sin alteraciones. Bioquímica: Glucosa=185 mg/dL. Troponina=0.02 ng/mL (en rango de normalidad) Coagulación: TP=21% (Sintrom®). Dímero D=572 ng/mL. Gasometría arterial: pH=7.137, pCO2=87.1 mmHg, pO2=93.3 mmHg, HCO3=28.2 mmol/L. SatO2: 94.4% ECG: Taquicardia supraventricular a 150 lpm. Ecocardiograma: No evidencia de dilatación de VD. Rx de tórax (Portátil): Neumectomía izquierda. Neumotórax derecho. **Discusión:** Existen diversos diagnósticos diferenciales de este proceso, como son el tromboembolismo pulmonar (TEP), el edema agudo de pulmón, el enfisema y la descompensación EPOC, entre otras. El primer diagnóstico que consideramos fue el TEP (por disnea súbita, taquicardia supraventricular e hipoxia tisular). Tras no objetivar dilatación de ventrículo derecho mediante el ecocardiograma en urgencias, nuestras sospechas se dirigieron al neumotórax. **Objetivo:** Identificar de manera inmediata mediante la sospecha clínica la posibilidad de un neumotórax a tensión.

Conclusiones:

Esta entidad es una emergencia médica con un sencillo tratamiento. La rápida actuación diagnóstico-terapéutica puede establecer la diferencia entre la vida y la muerte.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1092

FIEBRE EN VISITING FRIENDS AND RELATIVES

R Ruiz Merino (1), J Álvarez Manzanares (2), R López Izquierdo (2), A Gutiérrez García (2), P Bachiller Luque (2), M Varela Patiño (3), VE García Vesga (4)

(1) Centro de Salud Arturo Eyries, (2) Hospital Universitario Río Hortega, (3) Centro de Salud Arturo Eyries, (4) Centro de Salud Delicias II. Valladolid

Palabras clave: fever, travel, influenza

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción. La fiebre en inmigrantes que regresan de visitar su país de origen es muy frecuente en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH). Objetivo: Hacer un buen DD en un viajero que solicita atención médica por fiebre en el SUH. Descripción del caso Varón, 42 años sin alergias ni antecedentes personales de interés, acude al SUH refiriendo que desde hace cinco días presenta: fiebre, malestar general, artralgias en codos y rodillas, congestión nasal, tos no productiva y erupción cutánea. Hace quince días llegó de un viaje en una zona rural de Mato Grosso (Brasil), con el fin de visitar a unos familiares. Presentaba picaduras de mosquitos. No prácticas de riesgo. Vacunación correcta. Exploración física Ctes: TA: 130/86, Fc: 101 lpm, SatO₂: 96%, T°: 39,6°C., Fresp: 12rpm. Paciente consciente, orientado, colaborador, mal estado general. CyC: inyección conjuntival, faringe eritematosa sin adenopatías cervicales ni ingurgitación yugular. Tórax: AC: rítmico, taquicárdico sin soplos audibles. AP: murmullo vesicular conservado. Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no se palpan masas ni visceromegalias. Extremidades inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa, rash eritematoso en cara interior de ambos muslos. Exploración complementaria Analítica: Hemograma: Leucocitos: 6900, neutrófilos: 5400, Hemoglobina: 14g/dl, Plaquetas 117000/microl. Hemostasia: TP: 62%. Bioquímica: Na: 133mmol/L, K: 3.8mmol/L, Glucosa: 97mg/dL, PCR: 80mg/L, resto normal. Gasometría venosa: pH 7.42. Lactato: 1.5mol/L. Orina: Sedimento 8-15 hematíes/campo. Electrocardiograma: taquicardia sinusal, sin alteraciones de repolarización. Rx tórax PA y Lateral: sin hallazgos significativos. Resultados En el SUH se solicitó Frotis periférico: morfología normal. No se observan parásitos intraeritrocitarios. Exudado nasofaríngeo: estudio vírico con PCR positivo para Virus Gripe A, PCR y serología de Dengue, Chikungunya y Zika: negativo. La evolución fue favorable mediante tratamiento sintomático con remisión de fiebre. Diagnóstico Final: Gripe A.

Conclusiones:

En los SUH hay que interrogar por la realización de viajes a zonas tropicales y subtropicales en todos los pacientes con fiebre. Si existe este criterio epidemiológico es fundamental descartar patologías endémicas de las zonas de procedencia. Sin embargo, como muestra este caso, no debemos olvidar las infecciones cosmopolitas, siendo también obligada, su sospecha clínica.

P-1093

ARTRITIS SÉPTICA ESTERNOCLAVICULAR... UNA LOCALIZACIÓN INUSUAL... A PARTIR DE UN CASO

A Vigo Peiró, A Ayestarán Masó, C Gago Bellido, V Alcover Medina, A Cherino Talens, E Corada Molina, C Martín Pellús

Hospital de Liria. Valencia

Palabras clave: infección, artritis séptica, articulación esternoclavicular

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 50 años, EPOC, con reciente intervención de liberación de nervio cubital derecho sin complicaciones, que acudía por dolor e inflamación a nivel de articulación esternoclavicular derecha, leve limitación de movilidad, sin fiebre. No traumatismos previos ni heridas. No usuaria de drogas por vía intravenosa. A la exploración destacaba dichos signos inflamatorios, sin crepitación, con eritema que sobrepasaba la línea media, estable hemodinámicamente, afebril. Análiticamente, leve leucocitosis neutrofílica, y la ecografía ampliada con TAC cervico-torácico mostraron una artritis esterno-clavicular derecha con miositis secundaria. Se extrajeron hemocultivos y se consultó con traumatología que inicialmente descartó punción por la localización dificultosa de forma inicial. Se inició tratamiento con Amoxicilina/clavulánico 2 gr/ 12 h. Durante su ingreso, se amplió analítica con VSG 101 mm/h, Procalcitonina 14.17 y PCR superior a 270. Se realizó aspirado de zona abscesificada con crecimiento de Staphylococcus Aureus. Dado los criterios de sepsis, y el aumento de volumen y extensión de la lesión, se decidió drenaje quirúrgico junto con la presencia de cirugía torácica por posibles complicaciones perioperatorias. OBJETIVO: Repaso de las artritis infecciosas de localización inusual. MATERIAL Y MÉTODOS: Sociedad española de enfermedades infecciosas y microbiología clínica, Harrison principios de Medicina Interna. RESULTADOS: Las artritis sépticas se deben a bacterias piógenas, que producen una rápida destrucción articular, comportando una urgencia médica. La localización más frecuente es la rodilla (aproximadamente 50%), pero cualquier articulación puede afectarse. En los pacientes drogadictos y más raramente en otros, pueden afectarse las articulaciones axiales (esternoclavicular, condrocostal, sacroilíacas y sínfisis pubiana). La mayoría de artritis en estos pacientes son producidas por S.aureus, a veces en contexto de sepsis estafilocócica con o sin endocarditis. La infección por bacilos gram negativos también se ha visto pero en nuestro medio es rara.

Conclusiones:

Pese a que hay localizaciones más frecuentes, hay que considerar las artritis sépticas de localización inusual en nuestro diagnóstico diferencial, incluso en pacientes que a priori no se pensaría en el diagnóstico, dadas las consecuencias importantes y la evolución tórpida de este tipo de patología.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1095

TEP MASIVO BILATERAL: MENTIRA O VERDAD

E Contreras Murillo, M Junquera Crespo, C Santiago Poveda,
M Aguilar Mulet, J Val de Santos, M Caño Hortonedá,
C del Arco Galán

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

Palabras clave: disnea, oclusión arteria pulmonar, sarcoma

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 70 años, hipertensa y dislipémica, en seguimiento en consultas externas de Neumología por disnea de moderados esfuerzos de 2 años de evolución y sin otros antecedentes clínicos de interés, que consulta en Urgencias de nuestro hospital por progresión de su disnea habitual en los últimos 15 días junto con opresión epigástrica sin dolor torácico asociado, sin cortejo vegetativo, ni clínica infecciosa asociada. En la exploración física destaca: buen estado general, eupnéica, taquicárdica, no IVY. AC rítmica a 115 lpm, soplo sistólico en foco pulmonar. AP normal. Abdomen normal. Miembros inferiores sin edemas. Constantes: TA 132/92, FC 115 lpm, T 35,4. Pruebas complementarias: destaca Hb 16,5 gr/dl, plaquetas 128 miles/mm³, leucocitos 12.37 miles/mm³ con 70% de neutrófilos, D-Dímero 1.6 microg/ml. Troponina T 22.39. GAB: pH 7.48, pCO₂ 24mmHg, pO₂ 91 mmHg, L-lactato 2.1 mmol/l. ECG: taquicardia sinusal, BCRD. Rx de tórax: cardiomegalia. AngioTC: defectos de reelección en el tronco de la arteria pulmonar, ambas arterias pulmonares principales y múltiples ramas lobares y segmentarias de la arteria pulmonar izda (TEP masivo bilateral). ETT: severa dilatación del VD con disfunción sistólica moderada, AD severamente dilatada. Tronco de la arteria pulmonar y ramas dilatadas, visualizándose masa dentro del tronco. IT severa. FVI conservada. Ante la sospecha de oclusión de la arteria pulmonar por una masa es valorada por el Cirujía Cardíaca, siendo intervenida y falleciendo a los nueve días por complicaciones de la cirugía. El diagnóstico anatomopatológico fue el de Sarcoma no diferenciado de la arteria pulmonar.

Conclusiones:

El sarcoma de la arteria pulmonar es una entidad poco frecuente. Descrita por primera vez en 1923, existiendo algo más de 100 casos publicados, de los que el 60% se diagnosticaron postmortem. La presentación clínica es muy inespecífica, siendo el síntoma más frecuente la disnea. El diagnóstico definitivo es el histológico. El tratamiento es la resección quirúrgica radical.

P-1096

SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO DIAGNOSTICADO EN URGENCIAS SECUNDARIO A CUADRO SÉPTICO DE ORIGEN INTESTINAL

J Pacheco Sanjuan, MI Correa Rosales, R Narbona Fernández

Hospital Regional Universitario de Málaga

Palabras clave: hemólisis, anemia, diarrea

Historia clínica:

Mujer 65 años con antecedentes de EPOC y síndrome depresivo en tratamiento. Traslada en ambulancia por padecer de 3 episodios sincopales en últimas 6 horas en relación con cuadro diarreico sin fiebre desde hacía 14 días tras regresar de viaje a Isla Mauricio. Estando en cuidados presenta bruscamente disminución del nivel de conciencia, hipotensión 75/50 FC 125 taquicardia sinusal y taquipneica a 28rpm con saturación 79 % requiriendo intubación orotraqueal. Recibimos resultados analíticos compatibles con proceso séptico: Hb 8.9 leucocitosis 25.400 plaquetopenia 85.000, TP 47 %, perfil hepático normal, LDH 1250, creatinina 2.06, urea 198, acidosis metabólica severa, PCR 180, procalcitonina 8 ng/ml. Radiografía tórax, TAC cráneo y Ecografía abdomen sin hallazgos. Se inicia tratamiento con drogas vasoactivas, plasma, fibrinógeno, antibioterapia empírica previa extracción hemo, uro y coprocultivos. Control analítico a las 2 horas Hb 5.2 requiriendo transfusión. Debido a anemia persistente asociada a plaquetopenia, insuficiencia renal y LDH elevada se solicita frotis sangre periférica ante la sospecha de síndrome hemolítico urémico, confirmándose la presencia de esquistocitos. Evolución: ingresó en UCI donde se continuó con las medidas iniciadas y se realizó plasmáferesis asociando altas dosis esteroides con corrección del cuadro a los 6 días del ingreso, extubando e ingresando en planta hematología. Todos los cultivos fueron negativos.

Conclusiones:

El Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) es una entidad clínica y anatomopatológica caracterizada por la aparición brusca de anemia hemolítica, compromiso renal agudo y trombocitopenia, consecuencia de una microangiopatía de localización renal predominantemente. Se clasifica en dos categorías: el SUH Típico y el SUH Atípico. El SUH Típico corresponde al 90% de los casos y se asocia con infecciones entéricas producidas por cepas de Escherichia coli productoras de la toxina Shiga presente en alimentos contaminados, suele estar precedido por un cuadro de gastroenteritis y en unos 5-10 días sufren deterioro brusco. Esta toxina lesiona al endotelio vascular desarrollando una microangiopatía trombótica. El SUH se presenta en zonas endémicas y afecta más frecuentemente a niños. El pronóstico es bueno: la mortalidad es < 5 % y se obtiene la recuperación clínica en el 80 % de los pacientes.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1097

A PROPÓSITO DE UN CASO: TRATAMIENTO DEL EMBOLISMO PARADÓJICO

E Ruiz García (1), MI Ruiz García (2), E Sánchez Torres (3)

(1) El Valle, (2) HMQ. Jaén, (3) Centro de Salud. Jaén

Palabras clave: embolismo paradójico, tromboembolismo venoso, trombolisis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 81 años, antecedentes de DM, AIT e HTA, 3 días antes del ingreso: disnea y dolor en miembro inferior derecho (MID). A su llegada a urgencias: hipoxemia, hipotensión, aumento del trabajo respiratorio y fallo prerrenal. Laboratorio: 13.580 leucocitos, dímero D 754, creatinina 2,7 mg/dl, urea 68 y troponina I 1,32 ng/ml. ECG: ritmo sinusal (115lpm), S1Q3T3, descenso de ST de V4-6. Inestabilidad hemodinámica, TA: 78/42 mmHg, con mala perfusión periférica. EuroSCORE 19 puntos. Rx de torax normal. En angioTC presencia de trombos en ambas arterias pulmonares (AP). Se realiza Ecocardiografía transtorácica (ETT) que muestra ventrículo derecho dilatado, hipertensión pulmonar severa (PAPs 90 mmHg), disfunción ventricular derecha e insuficiencia tricuspídea severas, TAPSE 13 mm, y una masa móvil en aurícula derecha que Hacia ventrículo derecho. Ante la sospecha diagnóstica, mixoma vs TEV, se realiza ecocardiografía transesofágica (ETE) que muestra en aurícula derecha una masa móvil, serpiginosa no adherida a ninguna cavidad con prolapso a ventrículo derecho, cruzando el tabique interauricular (foramen oval permeable) y entrando en aurícula izquierda. La masa móvil estaba presente en el tronco AP y ambas arterias pulmonares. Durante la ETE requiere 2l de cristaloides y noradrenalina. Ante la situación clínica y la no existencia de cirugía cardíaca en nuestro hospital, se administró alteplasa (100 mg en 120 min). Rápidamente, mejoría hemodinámica y de la oxigenación. Dada de alta de la unidad en 24 h. A las 72 h nueva ETE que revela desaparición de las imágenes trombóticas, PAPs 65 mmHg y TAPSE 20 mm. El eco-Doppler identificó un trombo en MID. La evolución fue favorable y se dio de alta tras 5 días con enoxaparina. No se observaron complicaciones hemorrágicas o embólicas. Al mes NYHA II, creatinina 1,4 mg/dl, en ETT PAPs de 70 mmHg.

Conclusiones:

El embolismo paradójico (EP) es una complicación rara del tromboembolismo venoso (TEV), aunque podría estar infradiagnosticado. Un TEV con shock es clara indicación de fibrinólisis, pero la presencia de trombo en cavidades izquierdas se considera contraindicación. La trombolisis puede ser una opción terapéutica en presencia de un EP en el contexto de una TEV grave cuando la cirugía no es factible.

P-1098

EMBOLEO GRASO SEVERO TRAS FRACTURA DE TIBIA

MV Carro García, C Pérez Ductor, G Hernández Comes, C Gargallo Maicas, C Sala Sáinz

Hospital Dr. Peset. Valencia

Palabras clave: embolia grasa, síndrome de embolismo grasa, complicaciones fractura de tibia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 26 años que acude a Urgencias por disnea, febrícula, tos y debilidad de 48 horas de evolución. Como antecedente destaca ingreso en Traumatología 72 horas antes por fractura cerrada diafisaria de tibia tras accidente de moto, con alta a las 24 horas con férula suropédica, hibur suncutáneo a dosis profilácticas y analgesia. EF: TA 130/60, FC 104 lpm, satO2 basal:76%, FR:35 rpm. ACP: hipofonesis con subcrepitanes en base izquierda. Exploraciones complementarias: Hemograma y bioquímica normales. Hemostasia: IQ 80%, fibrinógeno 773, dímero 973. GAB: pH 7.45, pCO2 37.8, pO2 38.7, HCO3 26.5, satO2 72.3%. Rx tórax: consolidación del espacio aéreo bilateral y difuso de predominio periférico. TACAR: patrón en empedrado bilateral y difuso con afectación extensa de predominio periférico. Con el diagnóstico de embolismo grasa el paciente ingresa en UCI con tratamiento de soporte con oxigenoterapia a altos flujos (60lpm/0.60) y corticoides a 1 mg/kg/día intravenosos. Buena evolución clínica y radiológica con alta a planta de hospitalización a los 5 días del ingreso, con posterior remisión a domicilio (total 14 días de ingreso).

Conclusiones:

El síndrome de embolismo grasa (SEG) se asocia con más frecuencia a fracturas de huesos largos y pelvis, y es más frecuente en fracturas cerradas. La embolia grasa puede resultar de la entrada de grasa a la sangre desde los tejidos dañados por un traumatismo o alternativamente por la producción de intermediario tóxicos derivados de la grasa. Se manifiesta a las 24-72 horas del trauma inicial. La triada clásica consiste en hipoxemia, alteraciones neurológicas y rash petequeal. El diagnóstico es clínico no habiendo tests diagnósticos suficientemente sensibles o específicos para confirmar o excluirlo. En pacientes de alto riesgo (fracturas de huesos largos o de pelvis, especialmente en fracturas cerradas) se recomienda bajas dosis de corticoides sistémicos como profilaxis. Otras intervenciones que reducen la incidencia del SEG son la inmovilización precoz de las fracturas, la corrección quirúrgica en vez de manejo conservador y la limitación de la presión intraósea durante los procedimientos ortopédicos. El tratamiento de soporte es el de elección. Se puede detectar de forma precoz mediante pulsioximetría continua en pacientes de alto riesgo, recuperándose la mayoría de los pacientes completamente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1099

¿ES SÓLO UN DOLOR FARÍNGEO?

**C Fonseca Ramiro, P Fidalgo Montero, M Carrasco Sánchez,
V de la Hoz Carracedo, M Monge Bronchalo,
S Pascagaza Casasbuenas**

Hospital del Henares. Madrid

Palabras clave: faringitis, nódulos pulmonares, leiomiomasarcoma

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 42 años fumadora con antecedentes de asma bronquial, hepatitis A e intervención de un mioma uterino. Acude por odinofagia, fiebre de 40°, MEG y tos sin expectoración. Además desde hace meses dolor pélvico y dispareunia. A la exploración física presenta adenopatías laterocervicales izquierdas no dolorosas y móviles, faringe eritematosa y febrícula de 37,3°C. Analíticamente leucocitosis 22.000, neutrófilos 17000 y PCR 82,5. En la radiografía de tórax encontramos múltiples lesiones nodulares pulmonares bilaterales de diferentes tamaños, sin infiltrados ni derrame pleural. Nuestro objetivo es hacer el diagnóstico diferencial de Nódulos Pulmonares Múltiples. Primero realizamos un exudado faríngeo y un Ziehl que resultan negativos. Pensando en la posibilidad de una patología reumática solicitamos analítica con ANCA, ANA y FR negativos. Marcadores tumorales negativos y Serología negativa, a excepción de Ac Anti HAV IgG positivos. Así mismo se realiza TAC cérvico-toraco-abdomino-pélvico donde se observan incontables nódulos pulmonares de hasta 3cm de tamaño, algunos cavitados, y una masa uterina de 5cm con captación en anillo sugestiva de proceso neoflativo. Simultáneamente se realiza un ecocardiograma que descarta endocarditis infecciosa y émbolos pulmonares. Posteriormente se realiza broncoscopia donde las muestras tomadas no resultan diagnósticas. Por esto debemos recurrir a una Biopsia por Toracoscopia derecha cuyo diagnóstico anatómopatológico nos aconseja descartar Metástasis de un Leiomiomasarcoma de Origen Ginecológico. Se completa el estudio con un TAC craneal que no presenta hallazgos patológicos y una Biopsia de endometrio que muestra material necrótico. Durante este tiempo la paciente empeoró clínica y radiológicamente por lo que se inició tratamiento quimioterápico que nos ha permitido que en este momento se encuentre de nuevo asintomática.

Conclusiones:

El diagnóstico en el servicio de urgencias exige un algo grado de atención, nos lleva a pensar en lo que parece, y a veces, dar un paso más allá. En esta paciente el realizar una radiografía de tórax desencadena un giro importante en los acontecimientos, así la patología faríngea, en principio banal, abre la caja de Pandora con el diagnóstico de la patología oncológica avanzada y hasta ese momento silente.

P-1100

HAY QUE DESCARTAR SIEMPRE LO MÁS GRAVE

**C Fernández Pereda, B Sainz Santos, D López Fernández,
A Robles Amieva, C de León Rivas, Z Soneira Rodríguez,
A Aldama Martín**

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras clave: embolia pulmonar, trombosis, disnea

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: El tromboembolismo pulmonar (TEP) consiste en la obstrucción de la arteria pulmonar o sus ramas. Su tasa de presentación aumenta con la edad, aunque cada vez es más frecuente en personas jóvenes, relacionado fundamentalmente con estados de hipercoagulabilidad. Habitualmente se presenta con disnea, dolor pleurítico y signos de TVP. Cuando la afectación es masiva o involucra a grandes vasos da síntomas de manera inmediata: inestabilidad hemodinámica asociada a mayor riesgo de muerte (por shock obstructivo y fallo ventrículo derecho). Sin embargo, a veces cursa de manera asintomática, no relacionándose con la gravedad. El tratamiento se basa en estabilización clínica e inicio de anticoagulación, valorando riesgo de sangrado. **OBJETIVO:** Dada su elevada tasa de mortalidad (en Europa 300.000 muertes anuales, con una mortalidad estimada del 30% si no se trata), diagnosticar y tratar de manera eficaz el TEP es fundamental. **PACIENTE Y MÉTODO:** Mujer de 54 años, con esclerosis múltiple y dislipemia, que acude a Urgencias por cuadro de malestar general, disnea y sudoración sin fiebre desde esa mañana. A la exploración taquipnea a 30 rpm y Sat O₂ a 89% basal con TA 115/65 FC 115 lpm. Buena ventilación bilateral, extremidades anodinas. **RESULTADOS:** En analítica Dímero D 3658, Rx tórax: condensación lóbulo inferior derecho (LID) y Doppler EEL: trombosis venosa femoral derecha. Se decide ingreso, se pauta antibioterapia de amplio espectro y ante sospecha clínica de TEP y dímero D elevado se calcula la escala de Wells siendo 4,5 puntos, riesgo moderado y PESI (Pulmonary Embolism Severity Index) siendo de IV (riesgo alto) por lo que se inicia anticoagulación con HBPM dada alta probabilidad. Se realizó TC torácico durante el ingreso objetivando TEP bilateral y condensación en LID.

Conclusiones:

El TEP es una enfermedad frecuente con potencial mortalidad evitable. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico combinado con exploraciones complementarias y escalas validadas que mejoran la estimación de riesgo de TEP. Si la sospecha es elevada y la probabilidad alta, hay que iniciar tratamiento anticoagulante desde Urgencias incluso sin tener confirmación mediante prueba de imagen. Nuestro caso inicialmente indicaba una neumonía resultando ser un TEP junto a un infarto pulmonar sobreinfectado.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1102

UNA NEUMONÍA VÍRICA

L Yanguas Amatriain (1), MJ Sada Ruiz (1), MF Sanz de Galdeano (1), MA Zapatería García (2), C Jiménez Vientemilla (1), L Sánchez Iñigo (1)

(1) Hospital García Orcoyen, (2) Hospital Reina Sofía. Pamplona, Navarra

Palabras clave: neumonía, rinovirus, disnea

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 59 años sin antecedentes acude a urgencias por malestar general, disnea, tos y sensación distérmica sin fiebre. No otra clínica acompañante. En urgencias TA: 130/74, FC: 143 lpm, afebril y sat O₂ 88 %. AC: taquiarritmia. AP: crepitantes en campo pulmonar medio y base derecha e izquierda e hipoventilación. Resto de examen físico normal. Pruebas complementarias: ECG: FA con RVM a 156 lpm. RX de Tórax: infiltrado alveolar difuso (LSI, LSD, y LID). AS: hipoxemia (pO₂:51) con normocapnia, lactato normal, 12300 leucocitos, PCR 104 mg/dl, PNM:348 pg/ml. Antigenuria de neumococo y legionella negativas. Tratamientos con diltiazem, antibioticoterapia empírica (levofloxacino, ceftriaxona y oseltamivir), anticoagulación y corticoides. Ingres en Observación con escasa respuesta al tratamiento. Empeoramiento de Rx de control. Se solicita TAC torácico apreciando afectación difusa pulmonar con patrón vidrio deslustrado y condensaciones parcheadas concluyentes en ambos hemitorax. Engrosamiento intersticial. Derrame pleural moderado bilateral. Cierta cardiomegalia global, plantea diagnóstico diferencial entre SDRA, hemorragia pulmonar difusa-vasculitis, neumonía intersticial aguda, neumonía difusa atípica etc. Ingres en UCI precisando oxígeno de alto flujo inicialmente, y posteriormente BIPAP con escasa mejoría, realizando IOT y conexión a ventilación mecánica. Situación de SDRA. Mejoría progresiva Extubación tras 8 días. Frotis nasofaríngeo y BAL negativos salvo Rhinovirus. Hemocultivos, urocultivos y cultivo de esputo negativos. Tras 12 días, ingreso en planta. Se realiza broncoscopia apreciándose sangre dispersa por todo el árbol, ecocardiografía con insuficiencia mitral moderada-severa y analíticas de control. Buena evolución. Dada de alta con diagnósticos de: 1. Insuficiencia respiratoria aguda no hipercapnica de origen dudoso: Neumonía vírica por Rhinovirus. IC asociada con insuficiencia mitral moderada-severa. Neumonía intersticial aguda.

Conclusiones:

Lo destacable del caso es la etiología de la neumonía. El rinovirus en el agente causal más común de infecciones respiratorias de vías altas en niños y adultos cuyo tratamiento es sintomático. Sin embargo, puede ser causa de exacerbaciones asmáticas, así como capaz de producir otitis, sinusitis y neumonías, como fue en este caso. Además en un alto porcentaje de casos forma parte de una infección múltiple con otros virus y bacterias, lo que condicionará el tratamiento. Su diagnóstico se realiza por PCR o cultivo.

P-1103

CUANDO MENOS TE LO ESPERAS, LAS COSAS CAMBIAN

MT Martínez Marco, AV Gómez, V de La Hoz Carracedo, MM Carrasco Sánchez, NJ Torres Yebes, E Espinosa de Los Mont Márquez, M Monge Bronchalo

Hospital Universitario del Henares. Coslada, Madrid

Palabras clave: aneurisma, hematemesis, fistula aórtica, esofágica

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción: La importancia y particularidad de este caso radica en que patologías frecuentes y banales como una infección respiratoria, puede terminar siendo otro tipo de patología grave y mortal. Objetivo: Diagnóstico y tratamiento. Paciente y método: Mujer de 82 años -Hipertensión arterial y dislipemia. Conectivopatía indiferenciada. Aneurisma de aorta ascendente con diámetro anteroposterior de 4,8 cm, valorada por Servicio de cirugía cardíaca y vascular en 2014 el cual descarta cirugía dada la situación basal. Consulta por tos con expectoración blanquecina de 2 semanas de evolución y dolor torácico en relación con la tos, sin fiebre. Astenia e hiporexia. No otra sintomatología. A su llegada: Tensión arterial 155/100 mm Hg, frecuencia cardíaca 78 lpm, temperatura 37,1°C y saturación basal de oxígeno del 96%. Taquipneica. Estable hemodinámicamente. Muy asténica. Auscultación cardíaca anodina y pulmonar destaca disminución del murmullo vesicular en campo lateral medio izquierdo con algunos crepitantes a ese nivel. Abdomen y neurovascular anodino. Resultados: Analíticamente destacaban Hemoglobina 8.8 g/dl, Creatinina 1.39 mg/dl, Filtrado Glomerular Estimado 35.31 ml/min/1.73m², Proteína c reactiva 160.8 mg/L. Bacteriuria en sedimento de orina. El electrocardiograma sin hallazgos patológicos. Radiológicamente presentaba marcada elongación y dilatación aneurismática de aorta ascendente, cayado y aorta descendente, con aumento de calibre de la misma en comparación con placa previa del 2014. Fue ingresada en planta donde continuó muy asténica, taquipneica, estable hemodinámicamente con buen rendimiento transfusional. Se inicio tratamiento antibiótico empírico para abordar la infección de vías respiratorias bajas e infección de tracto urinario bajo. A las 36 h de acudir a Servicio de Urgencias paciente comienza con hematemesis brusca cuantiosa, y posteriormente parada cardiorrespiratoria.

Conclusiones:

En pacientes con aneurisma aórtico en los que se desestima cirugía, el riesgo de muerte resulta de la potencial ruptura del mismo, que causa una hemorragia masiva. Destacamos la muy baja incidencia de esta patología como causa de hemorragia digestiva.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1104

MUJER CON SÍNDROME CONSTITUCIONAL E INFILTRADO PULMONAR

E Moriel Santaella (1), C Rodríguez García (2), MJ Morales Acedo (1), P García Navarro (1), RG Mesa Ramos (1), M Zaheri Beryanaki (1)

(1) Unidad Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Comarcal de Antequera, (2) Centro de Salud Antequera Estación. Antequera, Málaga

Palabras clave: BONO, ERGE, síndrome constitucional

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Mujer de 72 años que consulta en urgencias por síndrome constitucional: desde hace 2 meses nota astenia intensa e hiporexia, con pérdida ponderal de unos 4 kg así como tos seca con dolor precordial y en ambos costados asociada, negando sensación febril o disneica. A la exploración presenta buen estado general, AP con MVC sin ruidos patológicos, abdomen blando y depresible, no doloroso, peristaltismo presente, EEII sin hallazgos. Pruebas complementarias: analítica de sangre con leucocitosis (14,20*10⁹/l), 78,90% neutrófilos, hemoglobina 10,70 mg/dl, coagulación y bioquímica normales, gasometría venosa sin hallazgos. Rx tórax: aumento de densidad en ambas bases, mayor en izquierda. Tac tórax: grandes infiltrados alveolares y en vidrio deslustrado, mal definidos y con broncograma aéreo, en ambas bases pulmonares. Evolución y tratamiento: la paciente es ingresada para estudio, sin nuevos hallazgos relevantes a excepción de hernia de hiato con importante reflujo gastroesofágico que había permanecido silente desde el punto de vista clínico. Se inicia ATB empírica, con evolución favorable y mejoría de infiltrados pero en posterior revisión se evidencia empeoramiento en las pruebas de imagen realizándose finalmente fibroendoscopia, con resultado histopatológico compatible con BONO. Se instaura ciclo de esteroide oral, con remisión radiológica completa a los meses y en posteriores revisiones. Diagnóstico final: BONO en relación a ERGE.

Conclusiones:

La bronquiolititis obliterante con neumonía organizada (BONO) es una neupatía inflamatoria difusa, muy infrecuente, de etiología inespecífica, idiopática o relacionada con diversos agentes tales como enfermedades hematológicas, infecciosas e incluso digestivas de manera excepcional, afectando a alveolos, conductos alveolares y bronquiolos distales. Se trata de una enfermedad compleja, variable en su forma de presentación, con síntomas inespecíficos tales como tos no productiva, fiebre, disnea y síndrome constitucional de semanas de evolución, lo que puede originar gran confusión en el momento de realizar un diagnóstico tal y como ocurrió en este caso. Las pruebas de imágenes (radiografía de tórax y TAC) son las que nos orientan en el diagnóstico, mostrando en la mayoría de los pacientes condensaciones pulmonares migratorias y multifocales que pueden resolverse de forma espontánea o con tratamiento corticoideo, requiriéndose habitualmente biopsia para confirmar el diagnóstico.

P-1105

ESTUDIO DE UNA NEUMONÍA NECROTIZANTE

EM Prieto Piquero, A Riesgo García, EM Cano Cabo, M Cordero Cervantes, R Cenjor Martín

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Palabras clave: neumonía, absceso, bronquiectasia

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 15 años de edad, sin antecedentes de interés, que acude al servicio de Urgencias hospitalarias por cuadro febril y dolor pleurítico derecho. Sin pruebas radiológicas, se decide tratamiento sintomático. En vista de la escasa mejoría tras quince días decide volver a consultar al mismo servicio, donde se le realiza una radiografía de tórax en la que se observa una condensación en lóbulo inferior derecho (IID) y se diagnostica de neumonía adquirida en la comunidad, iniciándose tratamiento ambulatorio con amoxicilina/clavulánico 875/125 mg cada 8 horas durante 10 días. Tras casi treinta días persiste la fiebre elevada acompañada de pérdida de peso, debilidad general y expectoración hemoptoica, motivo por el cual visita nuevamente Urgencias hospitalarias. Exploración física: Buen estado general, colaborador, orientado y consciente. Eupneico en reposo. Palidez mucocutánea. Auscultación cardíaca con ruidos conservados, auscultación pulmonar con crepitantes en base derecha. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias ni signos de irritación peritoneal. Peristalsis conservada. Puño-percusión renal bilateral negativa. No edemas en miembros inferiores. Pruebas complementarias: Saturación O₂: 98%. Analítica con mínima leucocitosis. Radiografía de tórax: Aumento de densidad alveolar con cavitaciones en su interior en IID. Diagnóstico principal: Neumonía necrotizante IID. Evolución: El paciente ingresa en Neumología para tratamiento hospitalario con piperacilina/tazobactam y linezolid. Posteriormente es dado de alta por buena evolución tanto clínica como en resultado de nuevas pruebas complementarias.

Conclusiones:

La neumonía es un proceso inflamatorio agudo del parénquima pulmonar de origen infeccioso. Se sospecha neumonía por anaerobios ante la presencia de esputo fétido o radiografía de absceso de pulmón (lesión cavitada >2 cm), neumonía necrotizante (más de una lesión cavitada <2 cm) o condensación en zonas declives asociada a evidencia de aspiración o circunstancia favorecedora. Debemos realizar diagnóstico diferencial de esta patología con bronquiectasias y abscesos pulmonares. La radiografía de tórax es imprescindible para hacer el diagnóstico. No es útil para diferenciar las neumonías bacterianas de las no bacterianas, pero puede sugerir una etiología específica, detectar procesos asociados o valorar la gravedad. La TC puede ser útil para detectar enfermedad intersticial, lesiones cavitadas, enfermedad multifocal, adenopatías o derrames encapsulados.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1106

CRIPCOCOCIS PULMONAR EN PACIENTE INMUNOCOMPETE

CA Rinaldi

Hospital Marina Salud. Dénia, Alicante

Palabras clave: cryptococcus, lung diseases, immunocompetence

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

MC: Dolor pared torácica. E.A: Paciente mujer de 34 años sin antecedentes de interés consulta por presentar desde esta mañana dolor de tipo pleurítico en hemitórax derecho y espalda a nivel interescapular que se acentúa en la inspiración profunda. Niega tos, fiebre o aumento de expectoración. E.F: BEG, NH, NC. No se aprecian lesiones en piel. AC: Rítmica sin soplos. AP: Murmullo vesicular conservado. Abdomen: Blando, depresible, no doloroso. Se le solicita Rx de tórax y Analítica de sangre. La Rx se informa: Aumento de densidad de bordes mal definidos, con morfología pseudonodular en LSD. En el lado izquierdo, también se observa un aumento de densidad pseudonodular retrocardíaco que en la RX lateral parece situarse en la vértice más posterior del III. En un contexto de clínica infecciosa y dado se trata de una paciente joven, podría plantearse el diagnóstico de condensaciones neumónicas (aunque no son típicas) Su Analítica sanguínea no tuvo hallazgos de procesos infecciosos, con serología infecciosa negativa. Se completa con TAC de Tórax con contraste que informa: Las lesiones de mayor tamaño son sólidas, sin broncograma aéreo, de bordes mal definidos, sin signos de vidrio deslustrado u otros hallazgos que sugieran componente infeccioso / inflamatorio, por lo que aunque no es descartable, orienta como 1ª posibilidad a lesiones malignas de primario desconocido. Por dichos hallazgos se decidió biopsiar, informando: tejido fibronectótico con abundantes estructuras compatibles con criptococos (Grocott+ y halo Azul alcian +) Con dicho diagnóstico: Inició tratamiento con Fluconazol 200 mg/12 horas el primer día y seguir con 200 mg al día durante 6 meses. Control por consultas externas de Medicina Interna Infecciosas.

Conclusiones:

La Criptococosis se observa con mayor frecuencia en individuos inmunocomprometidos, entre los que tienen alteración de la inmunidad celular como los pacientes infectados por VIH, trasplantados, los usuarios crónicos de corticosteroides, etc. Este hongo capsulado, que normalmente se encuentran en el polvo doméstico, en descomposición madera, o excrementos de aves, la vía de entrada es la inhalación de esporas de levadura. Su cápsula inhibe la fagocitosis, lo que facilita la colonización pulmonar y la invasión de la sangre, y de ahí se extiende a diferentes órganos. Las características clínicas varían desde una infección asintomática hasta potencialmente mortal enfermedad. La gran mayoría de los pacientes inmunocompetente presentan criptococosis pulmonar aislada.

P-1107

HEMATURIA, FIEBRE Y CEFALIA TRAS REGRESO DE ASIA

P Toledano Sierra, S Zafar Iqbal-Mirza, E Sánchez Maganto, A Pikeras Martínez, H Moza Moriñigo

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

Palabras clave: fever, headache, leptospira

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Se trata de un varón de 28 años sin antecedentes médico quirúrgicos de interés salvo asma infantil, que acude a urgencias porque desde hace tres días presenta fiebre, artralgias intensas, hematuria franca progresiva, deposiciones líquidas aisladas y cefalea holocraneal sin datos de organicidad ni otra sintomatología neurológica asociada. Hace 48 horas había regresado de una viaje a Camboya y Tailandia. Durante el viaje había sufrido picaduras de mosquitos y como actividades había realizado rafting en agua dulce. En urgencias: Exploración física: Normotenso, afebril y con resto de constantes normales. El resto de la exploración física por órganos y aparatos fue normal salvo leve rash cutáneo en región superior del torax con desaparición a la digitopresión y sin dermografismo. Pruebas complementarias. Radiografía de tórax y ecografía abdominal normales. Analítica: Bioquímica en sangre: elevación de PCR, procalcitonina, transaminasas y bilirrubina total y directa. Sistemático de Orina: Hematuria macroscópica y cilindros granulosos. Sistemático de Sangre: normal. Estudio de Coagulación: normal salvo fibrinógeno elevado. Ante el antecedente de viaje reciente Tailandia y Camboya, cuadro febril agudo con cefalea intensa, hematuria y elevación de reactantes de fase aguda y enzimas hepáticas, se considera en el diagnósticos diferencial Leptospirosis, Dengue, Malaria, Chikungunia, Schistosomiasis, además de virus hepatotropos, VIH, CMV, VEB y parvovirus. Dada la estabilidad clínica del paciente se procede al alta con doxiciclina. La evolución es favorable, con resolución del cuadro, confirmandose de forma ambulatoria, infección aguda por leptospira, con resto de serologías negativas.

Conclusiones:

La leptospirosis, también conocida como enfermedad de Weil, es una zoonosis de amplia distribución producida por una bacteria del género Leptospira, ante contacto directo con la orina o los tejidos del animal infectado, o por medio del agua o el suelo contaminados. Existen dos formas de presentación: Anictérica y síndrome de Weil. El diagnóstico se basa en el diagnóstico clínico, bacteriológico, molecular y serológico. El tratamiento de elección es la doxiciclina.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1108

INFARTO CEREBRAL CARDIOEMBÓLICO POR ENDOCARDITIS SOBRE VÁLVULA NATIVA POR STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS

B Arribas Entrala (1), I Andrés Bergareche (2), I Callejas Gil (2), JM Ferreras Amez (2), MA Sarrat Torres (3), C Clemente Sarasa (4), AM Aragón Merino (5)

(1) Centro de Salud Actur Sur. Zaragoza, (2) Servicio de Urgencias. (3) Servicio de Urgencias, (4) Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza, (5) Centro de Salud Zona. Zaragoza

Palabras clave: endocarditis, accidente cerebrovascular agudo, diabetes

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 65 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, acude a Urgencias por disartria, afasia mixta y fiebre de 38,5°C de 12 horas de evolución. Exploración física: Consciente, desorientada y bradipsíquica. Glasgow 11. No disimetrías. Fuerza 4+/5 extremidad superior derecha. Pupilas isocóricas normorreactivas. No soplos cardíacos audibles. Normoventilación. Abdomen anodino. Pruebas complementarias: Análisis de sangre: glucemia 280 mg/dl, 17.300 leucocitos con desviación izquierda, PCR 1,40 mg/dl, Ácido láctico 2 mmol/l. Se extraen hemocultivos. TAC craneal: hipodensidad redondeada en región frontoinsular izquierda que afecta a sustancia gris y blanca con escaso efecto masa que parece tener distribución vascular (valorar posible lesión tumoral o inflamatoria). Punción lumbar: glucosa 86, proteínas 90, leucocitos 100 (polimorfonucleares 85% y mononucleares 15%), compatible con infección bacteriana. Diagnóstico diferencial: -Accidente cerebrovascular agudo por la paresia de la extremidad. Meningitis. Encefalitis. Cerebritis. Evolución: Dada la sospecha de encefalitis se inicia antibioterapia empírica con ceftriaxona y vancomicina endovenoso e ingresa en UCI. A las 48 horas se realizan RMN cerebral: infarto isquémico en territorio de la arteria cerebral media izquierda, con afectación insular y nucleocapsular y signos de transformación hemorrágica, y ecocardiografía transtorácica con insuficiencia mitral ligera. Se explora a la paciente, hallando herida en primer dedo pie derecho. Ante este hallazgo y con hemocultivos positivos a Staphylococcus epidermidis sensible a cloxacilina, se realiza ecocardiograma transesofágico: verruga endocárdica en velo anterior mitral. Por tanto, se trata de un cuadro de endocarditis bacteriana con embolismo séptico cerebral e infarto cerebral extenso en arteria cerebral media izquierda. Se desescala tratamiento a cloxacilina y gentamicina, con buena evolución de la clínica neurológica y sin signos de descompensación cardíaca. Hemocultivos de control negativos, normalización de los parámetros inflamatorios, manteniéndose afebril, por lo que se decide paso a Hospitalización domiciliaria para completar seis semanas de tratamiento endovenoso con cloxacilina.

Conclusiones:

El ecocardiograma tiene un papel fundamental en el diagnóstico y tratamiento de la endocarditis infecciosa pues permite visualizar las vegetaciones, que son la lesión fundamental y constituyen un criterio diagnóstico mayor. Ante una sospecha diagnóstica debe realizarse una ecocardiografía transtorácica, que si es negativa obliga a realizar una ecocardiografía transesofágica, más sensible que la anterior.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1109

MIOCARDITIS AGUDA VIRAL

EM Cano Cabo (1), R Cenjor Martín (1), EM Prieto Piquero (1), M Cordero Cervantes (1), R Lorca Gutiérrez (1), G García Estrada (2), R Abad Rodríguez (2)

(1) Hospital Universitario Central Asturias, Oviedo (2) Centro de Salud de Siero. Asturias

Palabras clave: miocarditis viral, neumonía, ecocardiografía

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Varón de 17 años sin antecedentes de interés. Acude a urgencias por fiebre, odinofagia y artralgias de siete días de evolución tratado con ibuprofeno sin mejoría, con disnea de reposo en las últimas horas. A la exploración física: PA: 103/68 mmHg. FC: 110 lpm. Taquipneico a 28 rpm. Saturación de O₂: 81%. Diaforésis profusa, orofaringe eritematosa sin exudados. No adenopatías laterocervicales. En la auscultación cardiopulmonar, tonos rítmicos con soplo inconstante esternal sugestivo de roce, crepitantes bibasales. Abdomen con hepatomegalia de dos traveses, doloroso a la palpación profunda. En analítica se objetiva una pO₂: 39, pCO₂: 41. SatO₂: 77%. pH: 7,46. Leucocitosis con desviación izquierda. Bioquímica: Troponina T: 620, Creatinina cinasa: 798, NTproBNP: 1589, Proteína C reactiva: 200 mg/dL, Procalcitonina: 0.62. Rx. Tórax: infiltrado intersticial bilateral de predominio en bases. Electrocardiograma que muestra mínima elevación ST en cara lateral. Serología y Antigenuria en orina negativas. RNA Influenza A en exudado nasofaríngeo: 3837072.45 copias. Ecocardiograma transtorácico objetivándose VI normal en estructura y función límite, insuficiencia mitral leve, por lo que se inicia dobutamina a dosis bajas. Evolución: El valor pico de los biomarcadores de daño miocárdico se registró en las primeras 48h (TnT: 1309, cK: 798), con normalización al noveno día. En ETT de control recuperación de función sistólica de VI. Electrocardiograma: ritmo sinusal con cambios en repolarización secundarios a miocarditis (negativiza onda T en cara lateral e inferior). Ante la buena evolución clínica y radiológica se decide alta con tratamiento antiinflamatorio. Juicio clínico: Neumonía intersticial bilateral por gripe A y miocarditis secundaria.

Conclusiones:

El virus influenza A se ha relacionado con eventos coronarios agudos (como desencadenante), pericarditis y miocarditis, tanto subclínica como con disfunción de VI significativa y fulminante, así como arritmias y muerte súbita. La expresión clínica de la miocarditis va desde formas asintomáticas hasta variedades fulminantes. Puede presentarse con una gama amplia de síntomas desde disnea a dolor torácico, en ocasiones difícil de distinguir de un dolor coronario. Dada la elevada incidencia de gripe es importante tener en cuenta la posible afectación miocárdica. La principal secuela a largo plazo es la miocardiopatía dilatada con insuficiencia cardíaca crónica.

P-1110

DESPISTAJE TRAS UN SÍNCOPE

Z Issa-Massad Khozouz, M^ºE Puga Montalvo, F Alonso Morales, P Rivas del Valle, A Porras Pérez, G Herrera Ortiz

Hospital Clínico San Cecilio. Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Palabras clave: síncope, epistaxis, malformación arteriovenosa

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

ANAMNESIS. Varón 36 años, albañil. Acude al Servicio de Urgencias por cuadro sincopal de madrugada tras la micción. Pérdida de conciencia de un minuto, sin convulsión. Episodios similares en varias ocasiones en los últimos meses. Epistaxis frecuentes. Padre y una tía paterna diagnosticadas de Enfermedad de Rendu Osler Weber. CLÍNICA Y EXPLORACIÓN REG. T.A 100/70. Sat O₂ 89%. Pequeñas lesiones puntiformes vasculares en labios. Múltiples manchas en tórax y abdomen melánicas con combinados puntos rubí. Sobrepeso. ACR no significativa. Resto sin hallazgos. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Destacaba una poliglobulia con 54% de hematocrito y una bioquímica normal, salvo una Urea en 96 mg/dl El ECG mostraba un ritmo sinusal a 110 lpm. La Gasometría arterial respirando aire ambiente y en reposo exponía: PaO₂ 57/ PaCO₂ 33/ pH 7.40/ SatO₂ 88%/ bases 21 mEq/l. Al realizarle RX de tórax se objetivaba una imagen nodular poli lobulada de aproximadamente 5x5 cm en L.I.I. Se completó el estudio con Angio- TAC (tomografía computarizada) de tórax: ?Malformación Arterio-venosa que se localiza preferentemente en segmento VIII pulmonar izquierdo de unos 50 x 35 x 50 mm aproximadamente que parece depender de la arteria segmentaria antero-basal de dicho lado y que drena en vena pulmonar izquierda prominente. EVOLUCIÓN El estudio se completó con Angio RM cerebral normal, Eco-cardiografía que mostró una Insuficiencia tricúspide muy ligera que permite estimar una presión sistólica pulmonar y Ecografía con contraste (suero salino agitado: Presión sistólica pulmonar normal. Estudio positivo para shunt, de carácter severo intrapulmonar) y con eco-cardiografía transesofágica descartando shunt intracardiaco. Se planteó Radiología intervencionista para embolización: se accedió vía vena femoral derecha. Se realizó arteriografía selectiva de arteria pulmonar izquierda. La evolución del paciente fue satisfactoria con mejora de los parámetros gasométricos con una Gasometría arterial a su alta de PaO₂ 96 mmHg, PaCO₂ 37 mmHg, pH 7.41. SatO₂: 98%. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Hidatidosis, tuberculosis, micosis y Neoplasia. J.C Malformación arteriovenosa pulmonar con importante efecto shunt derecha-izquierda

Conclusiones:

La asociación entre malformaciones arteriovenosas pulmonares y Síndrome de Rendu Osler Weber es bien conocida. La incidencia familiar es del 6%. La fístula arteriovenosa puede debutar a cualquier edad, con o sin síntomas respiratorios. Epistaxis o síntomas neurológicos alertarán de malformación a otro nivel.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1111

ENDOCARDITIS POR ENTEROCOCCO FAECALIS EN PACIENTE ALÉRGICA A CLOXACILINA

R Rodríguez Calveiro, G Peña y Lillo Echeverría, E Díaz Vera, C Carrasco Vidoz, M Sánchez Vicente, LJ Arce Segura, P Tranche Cagigas

Urgencias. Hospital Infanta Leonor. Madrid

Palabras clave: endocarditis, enterococo, alergia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 88 años, con antecedentes personales de alergia a Cloxacilina sin estudio alergológico, HTA, DLP y DMNID, cólicos biliares de repetición e intervenida de cistocèle y hernia umbilical, dependiente pero sin deterioro cognitivo, que acude por cuadro confusional, fiebre y un vómito alimenticio. En la exploración física inicial, constantes normales, con buen nivel cognitivo, soplo sistólico III/IV aórtico y mitral y sin defensa abdominal con dolor a la palpación en hipogastrio. En la analítica: 24.720 leucocitos con neutrofilia (93%) con 0.4 cayados, Hemoglobina 13g/dl, Fibrinógeno > 500mg/dl, FG estimado 46.47ml/min/1.73m², PCR 33 mg/L, orina con hematuria microscópica y Rx tórax normal. Se solicita TAC abdominal con contraste sin proceso infeccioso agudo. En pico febril se extraen hemocultivos con positividad a las 24h con informe preliminar: cocos gran positivos (probable Enterococo sp, sensible a Penicilina). Iniciamos tratamiento con Daptomicina y Gentamicina y se realiza ecocardiograma transesofágico en el que se visualiza lesión vegetante en borde libre de velo coronario izquierdo de válvula aórtica.

Conclusiones:

La endocarditis sobre válvula nativa, en este caso por un germen frecuente: Enterococo faecalis, es una patología poco frecuente, con mayor incidencia en ancianos. En este caso, no existe ningún factor predisponente (sin cardiopatía previa, ausencia de prótesis valvular o dispositivo intracardiaco y ausencia de procedimientos médicos previos). En cuanto al espectro clínico, la fiebre está presente en el 90%, los soplos en el 85%, los signos clásicos, menos frecuentes en fase temprana, y fenómenos vasculares e inmunitarios característicos: evento embólico, manchas de Roth, hemorragias en astilla, lesiones de Janeway, nódulos de Osler (ausentes en nuestra paciente). Para el diagnóstico debemos realizar un ecocardiograma transtorácico y transesofágico (este último con mayor sensibilidad, en torno al 100%) y los criterios de Duke modificados. En cuanto al tratamiento instaurado en este caso nos encontrábamos con una dificultad añadida, al presentar una reacción previa a cloxacilina y al desconocer si presenta alergia al resto de penicilinas y también la presencia de insuficiencia renal, ya algunos antibióticos habituales presentan nefrotoxicidad. En estos pacientes, debe realizarse estudio de alergia, finalmente instaurándose tratamiento con ceftriaxona y ampicilina durante 6 semanas.

P-1112

¿CÓDIGO ICTUS?

T Martín Quiles, JM Parra Ramírez, A Ramos Fernández, C Díaz Cardona, N León Miranda, R Barros González, M L Buceta Picasso

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

Palabras clave: sepsis, ictus, shock

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 87 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de dislipemia, cardiopatía valvular mitroaórtica degenerativa, fibrilación auricular, insuficiencia renal crónica estadio III, síndrome prostático y amaurosis de ojo derecho. En tratamiento con furosemida, acenocumarol, tamsulosina y fluvastatina. Con situación basal independiente para actividades básicas de la vida diaria, deambula con bastón y con las funciones cognitivas preservadas. Es traído a urgencias hospitalarias por caída accidental en el domicilio, sin pérdida de conciencia ni cortejo vegetativo. Comenta pérdida de fuerza en hemicuero derecho y la familia refiere disartria de horas de evolución. Afebril. No refiere otra sintomatología previa ni actual. La exploración física resulta anodina, con constantes estables, a excepción de una leve disartria en la exploración neurológica, leve debilidad de miembros de predominio derecho con facial izquierdo. Inicialmente la impresión diagnóstica es de ictus de fosa posterior. Se le realizan pruebas complementarias destacando TAC craneal sin cambios respecto a uno previo, en la analítica sanguínea destacan una PCR de 226 y en el sistemático de orina leucocitos de 500. Mientras permanece en observación de la urgencia hace un pico febril de 39° y comienza a hipotensarse llegando a cifras de TA 60/30. Ingreso en UCI con juicio clínico de shock séptico de probable origen urinario con antibioterapia iniciada en la urgencia. Crece en los cultivos Proteus Mirabilis en sangre y orina ajustándose ATB. Tras permanecer en la UCI 9 días pasa a planta de medicina interna desde la cual finalmente es dado de alta tras resolución completa del cuadro.

Conclusiones:

Destacar la importancia en el manejo de las patologías más frecuentes en la población geriátrica. Las infecciones de orina son las más frecuentes en la población anciana. Sin embargo, las manifestaciones clínicas son a menudo menos específicas y de peor pronóstico que en población general. En ocasiones la ausencia de síntomas habituales conlleva a la demora del diagnóstico y por tanto retrasar su tratamiento con lo que ello implica. Dentro de las manifestaciones de la sepsis la fiebre es frecuente pero no constante y en población anciana las manifestaciones neurológicas pueden aparecer de manera temprana.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1113

DE OTITIS A MENINGITIS

**AM González Pedraja (1), MP Carlos González (2),
JL Cepeda Blanco (3), MJ Labrador Hernández (4),
CA Reyes Mateos (5), N Ovalle González (6), M González Ruiz (6)**

(1) Scs, (2) Cs Cazoña, (3) Cs Camargo, (4) Cs El Alisal, (5) Scs, (6) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras clave: meningitis bacteriana, neumococo, otitis

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Varón de 63 años con antecedentes personales de otitis de repetición en oído izquierdo, malformación arteriovenosa frontal izquierda y hematoma subdural traumático hace 10 años. Acude a consulta de atención primaria por cuadro de otalgia izquierda, malestar general y sensación distérmica, siendo tratado como otitis con ciprofloxacino. A las cuarenta horas acude al servicio de urgencias por cuadro de 2 horas de alteración del nivel de conciencia, vómitos y tiritona. A la llegada, el paciente está estuporoso, con Glasgow 9, por lo que ingresa en UCI, donde, realiza un crisis tónica generalizada que cedió con diazepam. Se inició cobertura antibiótica con cefotaxima, vancomicina, ampicilina, y aciclovir, así como fenitoina y dexametasona. Pruebas complementarias: Hemograma: leucocitos 9.9. 10e3/ℓl, hemoglobina 15,1 g/dl., hematocrito 46,6%, plaquetas 118000. ℓl. Bioquímica: PCR 16.5 mgr/dl, procalcitonina 1.94 ngr/ml, lactato basal 4.8 mgr/dl. Bioquímica del LCR: Glucosa 8 mg/dl, proteínas totales 192 mg/dl, hematíes 890 /mm3, leucocitos 2720 /mm3, polimorfonucleares 90 %, mononucleares 10 %. TAC cerebro: voluminoso ovillo vascular, parcialmente calcificado en lóbulo frontal izquierdo, en relación con malformación arteriovenosa de la arteria cerebral anterior izquierda, sin efecto expansivo. Ocupación de celdillas y del antro mastoideo izquierdo de aspecto inflamatorio. Electroencefalograma: no se observan descargas epileptiformes. Hemocultivos y cultivo de LCR: estreptococo pneumoniae. Juicio diagnóstico: Meningitis bacteriana por neumococo, probablemente secundaria a otomastoiditis izquierda.

Conclusiones:

La meningitis neumocócica esta causada por Streptococcus pneumoniae. Esta bacteria es la causa más común de meningitis bacteriana en adultos y la segunda en niños mayores de 2 años. Un 50% de casos se asocia a la meningitis, neumonía, otitis o sinusitis. El tratamiento adecuado de infecciones del oído y neumonía causadas por neumococo disminuye el riesgo de meningitis. Igualmente, hay disponibilidad de vacunas para la prevención de la infección por neumococo. Se debe iniciar terapia antibiotica lo antes posible. En el caso de este paciente y tras aislarse neumococo en cultivo de LCR se desescala tratamiento a cefotaxima, evolucionando satisfactoriamente, por lo que es trasladado a planta y posteriormente ingresado con hospitalización domiciliaria para tratamiento antibiótico endovenoso con ceftriaxona hasta completar 14 días totales.

P-1114

SEPSIS DETRÁS DE UNA LUMBALGIA

**E Giner Fernández, MA Pérez Martínez, MI Torrealba Rodríguez,
MT Benavent , G Morales Cardona, R Bolo Huéscar**

Hospital de Gandía. Gandía, Valencia

Palabras clave: rabdomiolisis, sepsis, tiritona

Historia clínica:

Varón de 49 años que dice tener lumbalgia de tres días de evolución, trabaja cortando la naranja Valenciana, ha sido tratado en centro de salud y ha tomado antiinflamatorios, como no mejora decide acercarse a la urgencia un lunes por la tarde. Cuenta además tiritona, y orinas oscuras, no ha tenido fiebre, ni tos, tampoco ha realizado viajes al extranjero los últimos 5 años. No tiene mascota. Le gusta beber cazalla todos los días y un par de cervezas con la comida, no fuma. Estuvo tomando secalip hasta hace un mes por trigliceridemia, actualmente no toma ningún fármaco. Al examen físico tiene tinte icterico, dolor lumbar y dolor intenso en ambos muslos, tanto que le cuesta mantenerse en pie, la marcha ya no le es posible, aunque la fuerza y la sensibilidad están conservadas y no hay focalidad ni rigidez de nuca. En abdomen hepatomegalia de 1 través dedo. Se realizaron pruebas complementarias encontrando cifras de CPK 1,655, PCR 372, Urea 101, Creatinina 1,52, enzimas hepáticas ligeramente elevadas y lactato y procalcitonina normales. Hemoglobina y hematocrito bien leucos normales aunque desviación a la izquierda, plaquetas bajas en 31.000. En rx torax y columna lumbosacra nada relevante. Ante éstos hallazgos y el paciente no mejora del dolor, ingresa en medicina interna. Sospechamos desde Urgencias como diagnósticos posibles: polimiositis, absceso paravertebral, patología infecciosa, rabdomiolisis. Las primeras 24 horas hospitalizado fiebre mantenida con escalofríos y temblores, livideces oliguria e hipotensión 87/51, SAT 96% con o2 reservorio. Ante rápido deterioro clínico y analítico con rabdomiolisis y pancitopenia se traslada a UCI. Mejora progresivamente con antibioticoerapia sólo persistiendo anemia. Reingresa en Medicina Interna, se retira progresivamente antibioterapia. Permanece afebril, con BEG y satO2 99% al alta. Serología infecciosa VHB. VHC. VIH, CMV, VEB-, autoinmunidad ANAs, antiDNA y ANCAs, RxTorax, Columna Lumbosacra/ Pelvis/ Cráneo, normal, TAC Abdominopelvico: Compatible con nefropatía bilateral aguda. Sólo Ag neumococo en orina + Diagnóstico: Shock séptico de origen no aclarado con Fallo Medula Osea inicial, Pancitopenia, Rabdomiolisis, Hepatopatía, FRA no oligúrico, SDRA.

Conclusiones:

Importante realizar siempre una buena historia clínica y desde la urgencia plantear diagnósticos diferenciales, evitando banalizar los síntomas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1115

PARA ENCONTRAR LA CAUSA, HAY QUE PENSAR ANTES EN ELLA...

N Leco Gil, S Fernández Fernández

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

Palabras clave: neumomediastino, neumotórax, dolor torácico

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 23 años, no fumador, que acude a Urgencias por referir dolor en región torácica alta y laterocervical derecha desde hace 4 h, de aparición brusca, que aumenta con inspiración profunda y con movimientos, asociando odinofagia y sensación distérmica sin fiebre. No tos ni expectoración. No disnea. Niega traumatismo previo, aunque cabe destacar que por la mañana estuvo jugando al fútbol. Niega episodios previos de dolor similares al actual. EF: TA: 134/67 mmHg, FC: 66 lpm, afebril, Sat. O2: 99% CyO por 3. Eupneico sin trabajo respiratorio. Tórax: AC: rítmica, no soplos. AP: MVC, sin ruidos patológicos No lesiones cutáneas, no deformidades, no dolor a la palpación en parrilla costal bilateral ni en clavículas. Cuello: adenopatías laterocervicales rodaderas y dolorosas sobre todo en región cervical derecha, no crepitación cervical. Cavidad oral: no exudados, no abscesos, úvula centrada no edematosa. MMSS: pulsos radiales palpables y simétricos. NRL: Sin focalidad. Glasgow 15/15, no signos meníngeos. PC: - Analítica: sin hallazgos patológicos - ECG: RS con FC a 65 lpm, PR normal, sin alteraciones de la repolarización. - RX tórax: imagen compatible con neumomediastino Ante los hallazgos radiológicos, se solicita valoración por parte de nuestro servicio de Cirugía general, quienes reevalúan al paciente, recomendando observación hospitalaria durante 12-24 h con radiografía de control posterior. Durante su estancia en Urgencias, el paciente se encuentra asintomático, con buen control del dolor con analgesia administrada, no presenta disnea ni se palpa crepitación cervical. Se reintroga al paciente sin encontrar causa digestiva, respiratoria ni traumática del cuadro, por lo que se considera espontáneo y primer episodio (no hay antecedentes previos). Se realiza nueva radiografía de control a las 12 h, sin evidenciar cambios con respecto a la realizada previamente. Dado la estabilidad respiratoria y hemodinámica del paciente junto con el buen control del dolor, y ausencia de otros datos de alarma, se decide alta hospitalaria bajo observación domiciliaria con tratamiento sintomático (analgesia vo) y si empeoramiento de clínica, acudir de nuevo. DIAGNÓSTICO FINAL: Neumomediastino espontáneo.

Conclusiones:

Como diagnósticos diferenciales hay que pensar en: neumotórax; etiología cardiológica: pericarditis, taponamiento cardiaco; síndrome aórtico agudo; infección respiratoria. Conclusión final: ante todo paciente joven con dolor torácico de aparición brusca, hay que pensar en el neumomediastino.

P-1116

¿LA SEGUNDA JUVENTUD EXISTE?

R Alonso Esteban, MA Moreno Planelles, N Rodrigo Saiz, M Parras Cordovés, I Fortuny Esterry, M Borja Déaz, F Camon Iglesias

Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes, Madrid

Palabras clave: viagra, parada cardiaca, infarto medular

Historia clínica:

Mc: debilidad generalizada ANTECEDENTES PERSONALES Alergia Penicilina, no confirmada No cardiopatía conocida. Tabaquismo. HBP No otros FRCV. EA: Paciente que acude a urgencias tras toma de Viagra a las 00:30 horas acostándose bien a las 02:00 horas. Se despierta a las 05:30 horas refiriendo dificultad para hablar e imposibilidad de moverse, encontrándole la compañera de piso a las 06:15 horas en el suelo EF: Importante decaimiento, debilidad generalizada, TA: 120/60. Sat basal: 87%, FC: 45 ECG en puerta: BS a 45 lpm. Resto de exploración sin hallazgos significativos A los 3 minutos de su llegada comienza con bradicardia extrema hasta llegar a asistolia de unos segundos de duración que recuperará tras RCP básica saliendo con bradicardia sinusual a 50 lpm y T picudas en V4 pero paciente arreativo, sin respuesta a estímulos verbales. Se avisa a UCI, se traslada a cuarto de REA, exploración en ese momento: _Hemiparesia dcha con pupila izda miótica menos reactiva y borramiento e comisura facial izda (párlis facial izda) _RCP extensor bilateral. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Analítica: Anodina Toxícos en orina: sin hallazgos. Rx torax: sin alteraciones. Se solicita TAC craneal con contraste: No dilatación de sistemas ventriculares ni claras alteraciones de la densidad supra ni infratentoriales. Imágenes milimétricas calcificaciones/vasculares en el techo del tercer ventrículo. Dudosa imagen milimétrica en pedículo cerebral derecho. RM DE CRÁNEO Y COLUMNA CERVICAL. Hallazgos compatibles con infarto centromedular que se extiende entre los segmentos medulares C2 y C4, con realce postcontraste, que afecta a las dos columnas de sustancia gris y se extiende a los cordones lateral y posterior. Alteración de señal y realce de los cuerpos vertebrales C4 y C5, compatible con infarto óseo. ARTERIOGRAFÍA MEDULAR CERVICAL: En relación con la patología que presenta el paciente, la arteria espinal anterior presenta una disminución progresiva de su calibre a nivel C3-C4. Dicho hallazgo podría estar en relación con fenómeno de vasoconstricción no revertido completamente, estenosis u oclusión previa parcialmente recanalizada de la arteria espinal anterior. Diagnóstico final: infarto centro medular C2-C4 e infarto óseo C4 Y C5 secundario a hipoperfusión.

Conclusiones:

En ocasiones nos olvidamos de la importancia de una buena historia clínica (motivo de consulta, síntomas iniciales, fármacos habituales, ocasionales...), deslumbrados por la batería de pruebas complementarias que tenemos a nuestra disposición.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1117

SÍNDROME FEBRIL TRAS VIAJE

CA Gavilán Casado (1), A Muñama Fuentes (1), B Mora Hernández (1),
AB Romero Fernández (1), MJ Domínguez García (1), Y Casillas Viera (2)

(1) Unidad de Urgencias. Hospital Universitario de Fuenlabrada, (2)
Hospital Universitario de Leganés. Madrid

Palabras clave: diarrea, poliartralgia, fiebre

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 36 años, sin antecedentes, que refiere desde hace 24 horas, fiebre (39°C), poliartralgias, dolor abdominal de características cólicas y diarrea sin productos patológicos, tras ingerir un zumo de sandía en el aeropuerto de Panamá. EXPLORACIÓN FÍSICA TA: 131/62 FC: 111pm T°: 39°C. Poliartralgias generalizadas sin flogosis. Dolor a la palpación en fosa iliaca derecha. Mínimos edemas en tobillos. Lesiones de rascado en piernas. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS BIOQUÍMICA: LDH 375U/L, Proteína C reactiva 4.98mg/dL HEMOGRAMA: Leucos 9.200 (89%N) RADIOGRAFÍA de TÓRAX, TAC Craneal y sistemático de orina: normales Se solicitó COPROCULTIVO y HEMOCULTIVO EVOLUCIÓN Al día siguiente, presentaba febrícula, intensa astenia y poliartralgias extremadamente dolorosas que impedían la deambulacion. Había realizado una deposición blanda. Reinterrogando: la paciente, originaria de Colombia, había permaneciendo 3 semanas en un pueblo a 50Km de Cali y después 1 semana en Panamá City. No había realizado excursiones, pero durante su estancia en Restrepo (Cali), había sufrido múltiples picaduras por ¿zancudos? (mosquito). Recuerda exantema cutáneo autolimitado en días previos. Se solicita: gota gruesa y antígenos panmaláricos, que resultan negativos, así como serología para DENGUE y CHICUNGUNYA ESTUDIO MICROBIOLÓGICO Serología virus Dengue IgG(+), IgM (-) Serología virus Chicungunya IgG(indeterminado), IgM (-) PCR virus Dengue negativo PCR virus Chicungunya positivo DIAGNÓSTICO INFECCIÓN IMPORTADA POR VIRUS CHICUNGUNYA EVOLUCIÓN Se procedió al alta con tratamiento sintomático, persistiendo poliartralgias intensas, en revisiones posteriores, que han requerido dolquine 200mg/12h.

Conclusiones:

La globalización y los viajes a países exóticos, requieren una anamnesis lo más rigurosa posible, dentro del escaso tiempo que el urgenciólogo dispone en urgencias. El Dengue (flavivirus) y el Chicungunya (alfavirus) son transmitidas por la picadura de mosquito, teniendo un periodo de incubación asintomático de 7 días. El Dengue produce más clínica gastrointestinal, orientando el eritema y las poliartralgias intensas más al Chicungunya. Las artralgias pueden llegar a durar meses.

A-1118

GRIPE A CON DESENLAJE INESPERADO

E Gutiérrez Madrid, MJ Cardeñosa Cortés, MI Perea Casado,
F Beddar Chaib, L Matus, R Cuervo Pinto

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Palabras clave: tuberculosis, neumonía, meningioma

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 47 años sin antecedentes de interés conocidos que acude a urgencias derivado desde su Médico de Atención Primaria por presentar clínica y placa de tórax compatible con tuberculosis. El paciente comienza tres días previos con fiebre alta, astenia intensa, disnea, sudoración profusa y tos con expectoración amarillo-verdosa. En primera instancia acude a su médico de atención primaria que trata la clínica con un antibiótico que no recuerda sin presentar mejoría. Tres días tras el inicio del cuadro realiza dos expectoraciones hemoptoicas motivo por el cual vuelve a consultar donde le realizan una placa de tórax con resultado de infiltrados bilaterales más acusados en hemitórax izquierdo. Compatible con proceso bronconeumónico en evolución, incluida etiología de tuberculosis. A su llegada a urgencias el paciente presenta fiebre de 39,5°C y saturación de 90% basal. Refiere cuadro de mialgias generalizadas, disnea y cefalea intensa. A la anamnesis el paciente se encuentra bradipsíquico con Glasgow 15/15 con signos de meningismo, consciente con tendencia a la somnolencia, orientado en las tres esferas con taquipnea sin respiración abdominal. A la auscultación pulmonar presenta roncus respiratorios. Dada la situación del paciente se considera rentable la realización de PL para descartar infección del SNC y se realiza TC craneal donde se observa a nivel temporal izquierdo masa ocupante de espacio que capta contraste de forma homogénea, con edema perilesional y que desplaza línea media. Compatible con meningioma. El paciente recibe tratamiento anticonvulsivo y antibiótico con y tras ser evaluado por medicina intensiva, neurología y neurocirugía ingresa en medicina interna donde se recibe diagnóstico microbiológico de Virus influenza A y haemophilus recibiendo el alta con cuadro resuelto manteniendo el tratamiento anticonvulsivo hasta cirugía para excisión del meningioma.

Conclusiones:

Los meningiomas constituyen alrededor de un 20% de los tumores intracraneales. La mayoría son asintomáticos encontrándose de manera casual o hallazgos incidentales en necropsias. Son más frecuentes en mujeres aunque en hombres constituyen una mayor relación con neurofibromatosis tipo dos y con mayor índice proliferativo. Rehistoriando al paciente tras el hallazgo de la LOE aquejaba cefalea inespecífica de meses de evolución y presentada como antecedente familiar de su padre fallecido con tumor cerebral.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1119

DOCTOR, ES UN SIMPLE CATARRO

A Grasun, P Garmilla Ezquerro, E Grasun, VM Mora Cuesta

Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras clave: hemoptisis, caverna pulmonar, TBC

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Objetivos: Se denomina hemoptisis a la emisión de sangre por la boca procedente del árbol traqueobronquial. Su intensidad es muy variable, desde el esputo teñido de sangre (esputo hemoptoico), sangre prácticamente pura (hemoptisis franca), hasta su expresión más grave que es la hemoptisis masiva. Son múltiples las causas que pueden causar hemoptisis, pero la neumonía, bronquiectasias, carcinoma broncogénico y la tuberculosis (TBC) son las causas más frecuentes. **Material o pacientes y método:** Paciente de 22 años que acude al Servicio de Urgencias por dos episodios de hemoptisis tras tos intensa. El cuadro inicia tres semanas antes con un síndrome catarral con tos, expectoración verdosa y fiebre. Inicia tratamiento con Cefuroxima 500mg cada 12 horas y ante la persistencia de la clínica, se cambia por Amoxicilina-Clavulanico 875/125 mg tres veces al día hasta completar el tratamiento. Tras mejoría inicial comienza de nuevo con fiebre, astenia, dolor torácico y hemoptisis. En Urgencias la paciente esta asintomática y el único dato de interés era la febrícula. Para completar el estudio se solicitaron las siguientes pruebas complementarias (Hemograma, bioquímica básica, coagulación y Rx-tórax). **Resultados:** Analítica: Leucocitosis con fórmula desplazada hacia la izquierda, PCR 14,4 mg/dl, resto normal. Rx-tórax: condensación pulmonar en LID junto con dos cavitaciones en LSD y LM con niveles hidroaéreos. Dado los hallazgos radiológicos se realiza una anamnesis más exhaustiva. La paciente refiere que había presentado sudoración nocturna durante la última semana. Se solicitó cultivo de esputo con examen urgente mediante técnica de Ziehl Neelsen y test de auramina con evidencia de bacilos ácido alcohol resistentes. El cultivo definitivo fue de *M.tuberculosis*. Se ingresa a la paciente en Neumología con aislamiento aéreo y se inició tratamiento antituberculostático con resolución de los síntomas.

Conclusiones:

La hemoptisis es un síntoma frecuente de consulta en urgencias. Dentro de los diagnósticos diferenciales hay que pensar siempre en la TBC dado la gravedad de esta enfermedad para salud de los pacientes y la salud pública. Una buena historia clínica, exploración física y la radiografía de tórax son fundamentales para filiar el diagnóstico definitivo.

A-1120

HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

E Pérez García, JF Rodríguez Fernández, S Sánchez Martínez, A Gómez Caminero

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Palabras clave: lupus, hemorragia, alveolar

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 19 años natural de Bolivia. Con 9 años diagnosticada de Lupus Eritematoso Sistémico con afectación visceral extensa, ANA y antiDNA nativo positivo, hipocomplementemia y anticardiolipina positiva. En 2012 nefritis lúpica difusa con índice de actividad elevado. En 2013 brote con afectación multisistémica, requirió hemodiálisis, actualmente en lista de trasplante renal. Disminución de la agudeza visual secundaria a probable vasculitis retiniana y neuritis óptica. HTA. Hipotiroidismo hipofisiario y atrofia hipofisiaria. Tratamiento IECA's, corticoides y anticoagulación oral. Acude a urgencias por presentar en la mañana varios accesos de tos con esputos hemoptoicos, en cuantía aproximada de 50cc, autolimitados, el último unas 6 horas antes de llegar al hospital. La clínica no se acompaña de fiebre, disnea o dolor torácico y negando síntomas de infección respiratoria en días previos. Al examen objetivo: AEG. COC. Eupneica en el reposo pero con taquipnea a pequeños-moderados esfuerzos. Afebril. Bien hidratada y perfundida. Hemodinámicamente estable aunque taquicárdica. ACR: tonos taquicárdicos, sin soplos o extratonos. MV globalmente disminuido con crepitantes bibasales. Palpación abdominal sin hallazgos. No edemas o signos de TVP en miembros inferiores. No focalidad neurológica ni signos meníngeos. Inicialmente en urgencias se le realizan como pruebas complementarias: - GSV: pH 7.27, PCO2 36 mmHg, HCO3 16 mmol. - Hemograma: Hb 7.4 gr/dl (previa 8.9). 16540 leucocitos con un 90% de neutrófilos. Plaquetas 16000. - Coagulación: INR en rango. Fibrinógeno 6.2 g/L. - Bioquímica: Urea 289 y Cr 13 mg/dl (marcado empeoramiento de la función renal). Na y K: normales. Fósforo inorgánico 6.56 g/L. Ca. 5.52. Función hepática normal. PCR: 17 - RX Tórax: Infiltrados alveolares de predominio bilaterales, de predominio en campo medio derecho. - Extraídos hemocultivos y baciloscopia de esputo. Ante la ausencia de clínica infecciosa, presencia de esputos hemoptoicos, las imágenes radiológicas y los resultados obtenidos en la analítica (anemización y datos compatibles con brote de nefritis lúpica) se ingresa en Observación por alta sospecha de hemorragia alveolar difusa.

Conclusiones:

La hemorragia alveolar difusa es una enfermedad rara, a menudo fatal. Hasta en 1/3 de los casos puede ser la forma de presentación del LES aunque por desgracia el diagnóstico es postmortem. Los urólogos debemos sospecharla ante mujeres jóvenes, con insuficiencia respiratoria aguda y hemoptisis.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1121

DOCTOR, MI MADRE NO PUEDE ABRIR LOS OJOS

RA Serrano Benavente, A Pérez Ruiz, MC Pérez Huelto

Hospital Comarcal de la Axarquía. Málaga

Palabras clave: bilateral thalamic infraction, percheron artery syndrome, thalamic disease

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 84 años con antecedentes personales de hipertensión arterial y diabetes mellitus insulín-dependiente que acude al servicio de urgencias por disminución del nivel de conciencia. Esa mañana al despertarla presentaba disminución del nivel de conciencia con hipersomnia intensa, imposibilidad de apertura ocular y disfagia alta. Exploración física: obnubilada con escasa respuesta a estímulos. Exploración neurológica: Paresia del III par bilateral, disfagia alta, no déficit motores. Resto de exploración normal. Pruebas complementarias: ECG: Fibrilación auricular a 80 lpm de novo. Analítica y Rx tórax: normal. Tac craneal: Lesión hipodensa por delante del asta anterior del ventrículo lateral derecho de probable origen vasculo-isquémico crónico RMN craneal: microinfartos solitarios en sustancia blanca profunda, así como lesiones isquémicas agudas de localización paramedial en ambos tálamos y mesencéfalo anterior, compatibles con obstrucción de la arteria de Percherón. DIAGNÓSTICO FINAL Síndrome de Percherón o infarto paramedial talámico bilateral. EVOLUCIÓN Durante el ingreso en planta presentó evolución tórpida con recuperación parcial de sus déficits, deterioro cognitivo leve y desorientación temporal. Al alta se instaura tratamiento anticoagulante con rivaroxaban 15mg/24h.

Conclusiones:

Los infartos isquémicos bilaterales del tálamo son infrecuentes, siendo la causa más probable la oclusión de la arteria de Percherón causada por enfermedad de pequeño vasos con factores de riesgo cardiovascular o por cardioembolismo. Las manifestaciones neurológicas que aparecen son: afectación del nivel de conciencia fluctuante (incluyendo el coma), afectación del lenguaje, alteración del estado de ánimo, y otras manifestaciones como afectación de pares craneales oculomotores, trastornos del movimiento (disquinesias), afectación de la memoria (amnesia) y del sueño (hipersomnia). Esta forma de presentación es muy aproximada a nuestro caso y confirma la necesidad de conocer el territorio irrigado por la arteria de Percheron, puesto que las lesiones que desencadena suelen ser alteraciones talámicas bilaterales. Reconocer esta afectación bilateral en los estudios de RM es fundamental para caracterizar el cuadro. Ello explica la dificultad diagnóstica y la probable infraestimación de su frecuencia, existiendo pocos casos descritos en la literatura. La comunicación de este caso refuerza la necesidad de tener siempre en cuenta la posibilidad de esta patología en pacientes con disminución del nivel de conciencia.

A-1122

SINUSITIS AGUDA CON DESENLAJE FATAL

RA Serrano Benavente, A Pérez Ruiz, MC Pérez Huelto

Hospital Comarcal de la Axarquía. Málaga

Palabras clave: acute sinusitis, Streptococcus pneumoniae, bacterial meningitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 67 años con alergia a penicilina sin antecedentes personales de interés. Es trasladada al servicio de urgencias por síndrome confusional y fiebre. Desde esa tarde presenta confusión, agitación y fiebre. Refieren cuadro catarral de 10 días de evolución, siendo diagnosticada en nuestro servicio hace 72 horas de sinusitis maxilar izquierda. Se le prescribió moxifloxacino que la paciente abandonó tras la primera toma por mala tolerancia. Exploración física: TA: 130/70, FC 100lpm, SatO₂ 98%, T° 38,5°C. Mal estado general, agitada y confusa. Palidez cutánea. Rigidez cervical. Exploración neurológica: Escala Glasgow 10, pupilas midriáticas reactivas, signos meníngeos positivos, sin focalidad motora evidente. Resto de exploración normal. Pruebas complementarias: Analítica: Leucos 16930 (97%N, 1%L), PCR 771, procalcitonina 22,3, resto normal. Antigenuria a pneumococo positiva Rx tórax y Tac craneal: normal. Punción lumbar: líquido turbio, 2500 leucos (89%PMN, 1%M) glucosa 0, proteína 370, diplococos gram positivo. DIAGNÓSTICO FINAL: Meningoencefalitis neumocócica. EVOLUCIÓN Durante el ingreso en UCI se instauró tratamiento de soporte y antibioterapia de amplio espectro presentando muy mala evolución con fallo multiorgánico y coma profundo siendo éxitos a los 9 días.

Conclusiones:

La sinusitis aguda es una enfermedad infecciosa que generalmente se alivia espontáneamente, siendo sus complicaciones poco frecuentes, sin embargo, pueden ser graves por la proximidad de los senos paranasales con el sistema nervioso central. Puede ocurrir una extensión intracraneal del proceso infeccioso, desarrollar síntomas neurológicos y comprometer la vida del paciente. El Streptococcus pneumoniae es el agente que con mayor frecuencia ocasiona estas complicaciones con una mortalidad del 20%-30% a pesar de la terapia antibiótica eficaz. La mayor parte de las muertes obedecen a complicaciones cerebrales (edema, hidrocefalia, infarto isquémico y tromboembolismo venoso) o sistémicas (shock séptico, coagulación intravascular diseminada y síndrome de distrés respiratorio del adulto). Se han identificado factores de mal pronóstico: edad > 60 años, Escala Glasgow < 8, déficit neurológico focal, LCR < 1000 células/mm³, neumonía asociada y enfermedades crónicas concomitantes. La comunicación de este caso refuerza la necesidad de tener siempre en cuenta este tipo de complicación ante la aparición de un cuadro clínico neurológico durante la evolución de una sinusitis, así como realizar diagnóstico y tratamiento temprano adecuado para poder disminuir notablemente la morbilidad y la mortalidad asociadas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1123

TENGO ALERGIA AL NOLOTIL. TROMBOSIS TUMORAL DE LA VENA CAVA SUPERIOR

J Palacios Castillo (1), P Valverde Vallejo (1), D Ruiz Rueda (2)

(1) Hospital Regional de Málaga, (2) Hospital Parque San Antonio. Málaga

Palabras clave: trombosis, vena cava superior, tumor

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 80 años con antecedentes de cardiopatía isquémica, diabetes mellitus tipo 2 y diverticulosis colónica que acude a urgencias refiriendo cuadro de más de una semana de evolución de inflamación palpebral y sensación de inflamación de la garganta que coincidió con inicio de toma de nolutil pautado por su médico por una otalgia izquierda. El paciente manifiesta que ha consultado ya en varias ocasiones en su médico de atención primaria y en las urgencias de otro hospital de la ciudad donde tras valoración han diagnosticado de proceso tipo alergia a medicamentos y han pautado tratamiento sin mejoría. En el momento actual se encuentra tomando antihistamínicos varias veces al día y haciendo una tratamiento con corticoides orales en pauta descendente. En el día anterior a la visita a urgencias el paciente ha vuelto a su médico de familia que lo ha remitido a la consulta de alergia para estudio y se encuentra pendiente de recibir la cita. Por último el paciente nos comenta que ha iniciado también por la inflamación de la garganta sensación de falta de aire. En la hoja de triaje de enfermería se evidencia saturación basal 95% sin otros datos de interés. En la exploración se constata un edema palpebral bilateral mayor en lado izquierdo con inflamación facial sobre todo en hemicara izquierda sin otras alteraciones de interés. Se solicita analítica sanguínea incluyendo dímero D cuyo resultado es positivo por lo que se realiza angiotac tórax al paciente que viene informado como gran conglomerado adenopático precarínico compatible con proceso tumoral que además produce trombosis tumoral de vena cava superior y vena braquiocefálica ingresando el paciente en el hospital.

Conclusiones:

Continúa siendo fundamental la exploración física y la historia clínica como base del diagnóstico diferencial de la patología urgente en pacientes. En no pocas ocasiones el arrastre del diagnóstico previo hace que patologías tan importantes como la referida puedan no ser estudiadas. En el caso que nos ocupa vemos que la coincidencia en el tiempo hizo que la ingesta de nolutil desviara la atención a la trombosis de vena cava superior que padecía el paciente.

A-1124

NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO RECURRENTE: UNA MANIFESTACIÓN CLÍNICA CLAVE PARA LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA DE LA LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS

L Mechbal Gracia (1), S Fernández López (1), FJ Rosa Úbeda (2), A López Sánchez (1), F Rico Rodríguez (1), E Piñero Flores (1), MA Aguayo López (1)

Hospital Comarcal Valle de Los Pedroches. Córdoba

Palabras clave: pneumothorax, lymphangioleiomyomatosis, chest pain

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 27 años sin alergias medicamentosas que acude a Urgencias por dolor costal derecho súbito de características pleuríticas tras realizar un esfuerzo físico. ANTECEDENTES PERSONALES: Exfumadora con un consumo tabáquico acumulado de 4 paquetes/año. Prótesis mamarias. Neumotórax espontáneo derecho hace 1 año tratado de forma conservadora con tubo de drenaje. Neumotórax izquierdo hace 7 meses tras el cual se realizó pleurodesis izquierda y posteriormente derecha. EXPLORACIÓN FÍSICA: Afectada por el dolor, conciente, orientada y colaboradora, bien hidratada y perfundida, normocoloerada, saturación de oxígeno basal del 94%, hemodinámicamente estable. Corazón rítmico a buena frecuencia. Murmullo vesicular disminuido en hemitórax derecho. Abdomen y extremidades sin alteraciones. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hemograma, bioquímica y coagulación normales. En la radiografía de tórax se observó un neumotórax derecho. EVOLUCIÓN: Tras la colocación de un tubo de drenaje se procedió al ingreso hospitalario donde evolucionó favorablemente. Resuelto el proceso se realizó una TACAR de tórax que mostró múltiples imágenes radiolucientes quísticas de pequeño tamaño compatibles con linfangioleiomiomatosis (LAM). Una biopsia pulmonar programada confirmó el diagnóstico.

Conclusiones:

La LAM es una enfermedad rara que afecta predominantemente a mujeres en edad fértil. Se caracteriza por una proliferación anormal de células musculares lisas inmaduras (células LAM), que crecen de manera aberrante en la vía aérea, parénquima pulmonar, ganglios linfáticos y vasos, determinando la aparición de lesiones quísticas pulmonares que condicionan una evolución irremediable hacia la insuficiencia respiratoria al no existir un tratamiento curativo. En la LAM predomina la afectación pulmonar, lo más frecuente es la disnea de esfuerzo, el neumotórax (como ocurre en nuestro caso) y la tos. El primer neumotórax puede orientar al diagnóstico en muchos pacientes. Su incidencia varía entre el 39 y 81%, según distintas series, siendo muy característico de la LAM la recidiva del neumotórax, con una incidencia entre el 61 y 81% con una actitud conservadora, aunque la pleurodesis con talco o la pleurectomía conllevan también recidiva del 27 y 32%, respectivamente. En cuanto al diagnóstico la TACAR es de gran utilidad, aunque el diagnóstico definitivo lo dará la visualización de células LAM en el estudio anatomopatológico de la biopsia del parénquima pulmonar o de algún ganglio linfático.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1125

MANEJO DE LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN EL PACIENTE CON EPOC

S Suárez Piñera (1), M Carvajal Álvarez (1)

Hospital de Cabueñes. Gijón, Asturias

Palabras clave: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, agitación psicomotora, benzodiazepinas

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Mujer de 65 años, fumadora activa de 20 cigarros/día, bebedora activa de 50 gr etanol/día, con antecedentes personales de EPOC, trastorno bipolar y carcinoma ductal de mama derecha en remisión desde hace 23 años, sin revisiones activas. NAMC ni intervenciones quirúrgicas. Sigue tratamiento con plenur y salbutamol a demanda, con control errático de su sintomatología. Inicialmente es valorada en su Centro de Salud por empeoramiento de su disnea habitual, hasta hacerse de reposo en los últimos 3 días. Tras observar saturación de oxígeno baja (89%) se administra una nebulización con 2,5 ml de salbutamol y 500 mcg de bromuro de ipratropio, 125 mg de hidro-cortisona iv y O₂ por ventimask al 50%. Ante la escasa mejoría del cuadro y la progresiva desaturación se decide traslado en ambulancia al Hospital. A la llegada a las Urgencias hospitalarias la paciente se encuentra agitada, taquipneica con 39 rpm y con una saturación de O₂, con ventimask al 50%, del 82%. La auscultación cardiaca es normal y la pulmonar revela ruidos respiratorios globalmente disminuidos con roncus y sibilancias diseminadas. Se administran 70 mg de metilprednisolona y 3 mg de midazolam. La paciente experimenta un deterioro progresivo del nivel conciencia por lo que se administra 0,5 mg iv de flumazenilo sin mejoría. Analítica: leucocitosis con PCR elevada Gasometría arterial: pH = 6.9, pCO₂ = 103 mmHg, pO₂ = 90 mmHg. Ante estos datos, y bajo la sospecha de agitación por retención de CO₂, se decide iniciar ventilación mecánica invasiva y traslado a la UVI. Tras 1 hora de VMI se repiten los gases arteriales: pH = 7,20, pCO₂=60.

Conclusiones:

Hay que tener presente que los pacientes EPOC pueden presentar agitación, en el contexto de una agudización, por retención de CO₂, por lo que es importante conocer cómo tratarla ya que en ocasiones el manejo difiere con respecto a pacientes sin patología respiratoria de base. El manejo inicial en este contexto debería realizarse con fármacos que no depriman el centro respiratorio (como lo hacen benzodiazepinas) y agraven aún más la situación de acidosis respiratoria que pueden presentar estos pacientes.

A-1126

ABSCESO CEREBRAL POR NOCARDIA PULMONAR

FJ Rosa Úbeda, L Mechbal Gracia, F Rico Rodríguez, P Lara Cachinero, MA Aguayo López, J Pedraza García, A López Sánchez

Hospital Valle de los Pedroches. Pozoblanco, Córdoba

Palabras clave: absceso encefálico, nocardiosis, cefalea

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 60 años con historia previa de hipertensión arterial, diabetes esteroidea, asma bronquial severa persistente, nódulo pulmonar no filiado de reciente diagnóstico catalogado como infeccioso al involucionar con tratamiento antibiótico, enfermedad de Crohn con fístula transesfinteriana y absceso pélvico fistulizado a sigma, insuficiencia suprarrenal por privación corticoidea, osteoporosis y bocio multinodular con hipotiroidismo subclínico, que consulta por postración, intensa debilidad y tendencia al sueño de 12 horas de evolución. Además refiere otalgia, cefalea intensa y dolor ocular derechos. No fiebre ni dificultad respiratoria. Presenta mal estado general con obnubilación y bradipsiquia. Normotensa, con taquicardia de 125 l.p.m. y febrícula de 37,5°C. Eupneica en reposo. Auscultación cardiorrespiratoria con descenso del murmullo vesicular con alguna sibilancia espiratoria y crepitantes finos en base derecha. Abdomen y extremidades sin hallazgos. Otoscopia normal. Exploración neurológica básica normal, sin signos de irritación meníngea. Analítica con leucocitosis (16.130) con neutrofilia y PCR de 80 mg/dl. Resto normal. Tras valoración por Oftalmología y descartar signos de hipertensión intracraneal se realizó punción lumbar objetivándose disociación albúmino-citológica. Se realiza TC cráneo observándose lesiones hipodensas redondeadas en lóbulo frontal derecho con edema perilesional, efecto masa con colapso asta frontal de posible etiología tumoral/infecciosa. Se completa estudio con RNM cerebral donde se confirman múltiples colecciones frontales de rechas y colección subdural de 4 mm, compatible con absceso cerebral multiloculado frontal derecho con pequeño empiema subdural subyacente. Se completa el estudio con ecocardiograma para descartar endocarditis, que resulta normal y TC toracoabdominopélvico donde se observan nódulos milimétricos pulmonares bilaterales de etiología infecciosa/inflamatoria, fístula perineal y colección de 58 mm en pelvis que se continua con la pared del sigma se extiende hasta el fondo de saco de Douglas. Serología VIH y toxoplasma negativas. Se deriva a servicio de Neurocirugía donde se drenan abscesos cerebrales, resultando el cultivo positivo a Nocardia farcinica. Evolución favorable tras drenaje e instauración de tratamiento antibiótico con clotrimoxazol. JUICIO CLÍNICO: Nocardiosis cerebral y pulmonar.

Conclusiones:

La nocardiosis es una infección que se adquiere por inoculación traumática o inhalación del microorganismo, comportándose como un oportunista. Afecta a pacientes inmunodeprimidos con déficit de inmunidad celular. La forma clínica más frecuente es pulmonar, aunque también existe cutánea y cerebral.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1127

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN RELACIÓN CON ANTICONCEPCIÓN HORMONAL ORAL

E Sáez Barrasa (1), B Cáceres Murillo (2), S García Santisteban (3), I de la Cruz Couto (1), V Álvarez Fernández (1), A Cid Fernández (1)

Hospital Universitario de Álava

Palabras clave: embolia pulmonar, anticonceptivos orales combinados, fibrinolisis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Historia clínica Mujer de 19 años, no fumadora. Sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Estudiante. Tratamiento habitual: Drospirona/Etinilestradiol 0.2/3mg. Acude al servicio de urgencias tras derivación de su médico de atención primaria al presentar las últimas 24 horas sensación de mareo, náuseas intermitentes y palpitaciones ocasionales junto con disnea de grandes esfuerzos desde hace 12 horas. La noche previa presentó un dolor torácico, tipo pinchazo, de varios minutos de duración. Desde hace 7 días presenta tos y expectoración amarillenta sin fiebre, por lo que ha estado en casa reposando. Constantes en centro de salud: Afebril, TA(tensión arterial) 110/70mmHg, FC (frecuencia cardíaca) 140lpm, glucemia 167mg/dl. Niega posibilidad de embarazo. Exploración física: Glasgow 15/15, TA 94/53 FC 135 Frecuencia respiratoria 23 Temperatura 37.1°C Saturación O₂ 96% aire ambiente. Bien nutrida e hidratada. Eupneica en reposo. Palidez cutánea. Orofaringe normal, sin adenopatías laterocervicales. Auscultación cardiopulmonar: rítmica, sin soplos, murmullo vesicular conservado. Abdomen anodino. Extremidades inferiores: sin edemas ni signos de Tromboembolismo venoso profundo (TVP). Pulsos pedios presentes y simétricos. Pruebas complementarias: Electrocardiograma: ritmo sinusal, FC 136lpm, eje normal. Bioquímica normal. Hemograma: leucocitosis con neutrofilia, Coagulación normal. Troponina ultrasensible 806.3pg/ml, Dímero D 14164ng/ml. Gasometría arterial y radiografía tórax sin hallazgos. Se realiza Angio-TACarterias pulmonares: tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo bilateral, central y periférico, con trombo acabalgado. Sobrecarga de cavidades derechas y mínimo derrame pericárdico. Ante estos hallazgos y la inestabilidad hemodinámica se avisa a unidad de cuidados intensivos que realizan ecocardiograma: Ventrículo derecho muy dilatado con rectificación del septo interventricular, se decide ingreso en su servicio realizando fibrinólisis intravenosa. Posteriormente se realizó ecografía doppler de extremidades inferiores sin signos de TVP. Pendiente de estudio por hematología.

Conclusiones:

Nuestra paciente amenazaba evento trombótico por la toma de ACH (anticonceptivos hormonales combinados) y por reposo en la última semana. Se ha objetivado un incremento del riesgo de enfermedad tromboembólica en usuarias de ACH. Es importante recordar que la manifestación clínica más prevalente es disnea y dolor torácico, además, la mayoría de mujeres que sufren TEP relacionado con AHC son mujeres sanas aunque ocasionalmente puede haber predisposición genética e hipercoagulabilidad y su tratamiento es anticoagulación.

A-1128

ABSCESO PULMONAR SECUNDARIO A CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE ESÓFAGO

S Paredes Carcedo, AM Abad Nieto, C Guemes de la Iglesia, J Martínez Illera, JM Palomero del Río, M Rodrigo Rodríguez, M Santamaría Martínez

Hospital Universitario de Burgos

Palabras clave: neumonía, absceso pulmonar, tumor neuroendocrino

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 58 años, que acude a urgencias por presentar desde hace 48 horas un cuadro de dolor abdominal, localizado en epigastrio y posterior irradiación a espalda. El día previo presentó fiebre termometreada y sensación nauseosa. Como antecedentes personales presenta una dislipemia en tratamiento, así como hábito exbebedor. En la exploración, destacar temperatura 39,3°C, así como un abdomen doloroso a la palpación en flanco derecho y mesogastrio con discreta distensión abdominal. Analíticamente llama la atención una PCR: 234, Procalcitonina 2.1, así como una leve insuficiencia respiratoria hipoxémica. JUICIO CLÍNICO: El paciente queda ingresado en la Unidad de Corta Estancia del servicio de urgencias con diagnóstico Neumonía Basal Derecha Fine III. Iniciando tratamiento antibiótico y posterior alta domiciliaria en 72 HORAS. EVOLUCIÓN: El paciente acude de nuevo a urgencias por presentar empeoramiento de su estado general y persistencia de fiebre, así como aumento de su disnea, aparición de tos y expectoración blanquecina. En radiografía de tórax se objetiva una condensación IUD con evolución a cavitación con nivel y condensación en IM TAC TORÁCICO: Compatible con un ABCESO PULMONAR y NEUMONÍA BILATERAL. Visualizándose un dudoso engrosamiento de las paredes del esófago. MARCADORES TUMORALES: ca 19,9: 4, Antígeno carcinoembrionario: 5,2, SCC: 0.9. ESOFAGOGASTROSCOPIA: Neoformación maligna esofágica con anatomía patológica de carcinoma indiferenciado de alto grado. JUICIO DIAGNÓSTICO FINAL: neumonía pulmonar bilateral complicada con absceso pulmonar IUD en el contexto de carcinoma neuroendocrino de esófago con probable fístula esófago bronquial.

Conclusiones:

Los abscesos pulmonares son procesos circunscritos y supurativos del parénquima pulmonar causados por gérmenes piógenos. Tras el descubrimiento de la antibiótica, tanto la frecuencia como la mortalidad de los mismos a disminuido. El Diagnóstico Diferencial, en el período inicial debe realizarse con las neumopatías agudas, en el período de vómica y supuración con la bronquiectasia, neoplasia abscesificada, patología granulomatosa, tuberculosis cavitaria y los quistes aéreos congénitos infectados. Los carcinomas endocrinos pobremente diferenciados del tracto gastrointestinal son un grupo infrecuente de neoplasias con alto potencial maligno, por lo que deben de tomarse en cuenta en el estudio de neoplasias gastrointestinales. La mayoría se diagnostican de forma tardía, por lo que se debe de mejorar en los métodos de diagnóstico, estadije y tratamiento de los mismos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1129

DOLOR ABDOMINAL: LA IMPORTANCIA DE LOS HEMOCULTIVOS

A Blanco Portillo, Y González Doorno, N Mayoral Canalejas, M Pérez Figueras

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

Palabras clave: osteomielitis, dolor abdominal, artrodesis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 80 años, hipertensa, diabética, dislipémica, obesa, nefrótica. Intervenido para artrodesis L4-S1 en 2010 y D10-S1 en 2012 con inestabilidad de un clavo que requería reintervención según traumatología, pero que la paciente rechazó, por lo que fue dada de alta de consultas de traumatología en julio de 2015 a pesar de persistir con dolor lumbar. La paciente acude al servicio de urgencias refiriendo cuadro de 24 horas de evolución consistente en dolor abdominal de aparición brusca en hipocondrio derecho irradiado a la espalda no relacionado con la ingesta ni los movimientos, que no le recuerda a su dolor lumbar crónico, asociado a fiebre de hasta 38,3°C, tiritera y disnea de larga evolución. A la exploración presenta dolor selectivo de hipocondrio derecho además de apofisalgias D5-D7. Presenta leucocitosis con elevación de reactantes de fase aguda e hipoxemia. En la radiografía dorsolumbar lateral se observa imagen sugerente de consolidación sobre vértebra D9-D10 superpuesta con segmento de lóbulo inferior, pero que en la radiografía de tórax anteroposterior no se objetiva. Ante la semiología del dolor, la fiebre y los hallazgos analíticos se sospecha colecistitis aguda, pero ante la disnea, la hipoxemia detectada en la pulsioximetría, los crepitantes bibasales y la posible consolidación radiológica existe la posibilidad de una neumonía. Ante la sospecha de foco infeccioso se extraen hemocultivos y se inicia antibioterapia. Se realiza ecografía abdominal que descarta coledocitis y colecistitis. Se ingresa para completar estudio de síndrome febril de origen incierto. Tras unos días crece *S. aureus* en los hemocultivos. Por ello, se realiza ecocardiograma transtorácico siendo negativo para vegetaciones. Ante la posibilidad de foco osteoarticular se realiza gammagrafía que objetiva destrucción en D9 correlacionándolo con TC toracoabdominal donde, además, se objetiva atelectasia subsegmentaria derecha. Se realiza RMN para completar estudio hallándose espondilodiscitis en D9-D10 y destrucción casi completa de D9.

Conclusiones:

La anamnesis y la semiología del dolor nunca fue sugerente de osteomielitis, pero los antecedentes personales y las causas de mal control del dolor, como puede ser una sobreinfección, deben ser tenidos en cuenta. Además, una correcta extracción de hemocultivos puede dar una pista muy rentable hacia un correcto diagnóstico y tratamiento.

A-1130

ABSCESO HEPÁTICO COMO CAUSA POCO PROBABLE DE SÍNDROME FEBRIL

G Hernández Comes (1), MJ Larré Muñoz (2), C Pérez Ductor (2), EM González Manzana (3), MC Sala Sainz (3), VV Chumpitaz Capcha (3), JM Giner Morales (3)

(1) Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia, (2) Urgencias. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia, (3) PAC de Bétera. Valencia

Palabras clave: absceso hepático, síndrome febril, dolor abdominal

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Mujer de 56 años consulta por fiebre de 2 días de evolución de 40.6°C, mialgias, cefalea, náuseas y vómito bilioso aislado. ANTECEDENTES PERSONALES: únicamente destacaban cólicos nefríticos de repetición, apendicectomía y colecistectomía. EXPLORACIÓN FÍSICA: Regular estado general. Glasgow: 15 Normocoloreada. Sudorosa. Normotensa. Taquicárdica (148lpm). T°: 39.6°C. Eupneica. Orofaringe: sin hallazgos. Sin adenopatías. AC: taquicárdica sin soplos. AP: MVC, sin ruidos. Abdomen: blando, depresible, sin masas ni megalias. No doloroso sin signos de irritación peritoneal. Neurológico: sin focalidad ni signos de irritación meníngea. MMII sin edemas. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: HEMOGRAMA: Leucocitos: 6.1x10⁹/l, Neutrófilos: 90.7% BIOQUÍMICA: Glucosa: 162 mg/dl, Pcr: 253.2mg/l, FG: 79. Procalcitonina: 44.5ng/ml. COAGULACIÓN: Plaquetas: 17.5x10⁹/l, IQ: 71%, INR: .22, Fibrinógeno von claus: 650 mg/dl. ANORMALES Y SEDIMENTO: Nitritos: negativo. Hemoglobina: 60 ery/ul. Leucocitos: 75 leucos/ul. GRAM ORINA: No se observan leucocitos ni flora. RX TÓRAX: Sin alteraciones. EVOLUCIÓN: Tras metamizol ev quedó apirética y en observación presentó cuadro brusco de visión borrosa e hipotensión con dolor en FII a la palpación por lo que se inicia fluidoterapia intensa, ceftriaxona 2 gr ev y ecografía que muestra una lesión focal hepática de bordes mal definidos sin flujo Doppler que se caracteriza mediante TAC ABDOMINOPÉLVICO siendo compatible con absceso hepático. Con el tratamiento administrado la paciente presenta estabilidad hemodinámica por lo que es valorada por cirugía e ingresada a su cargo. Durante el mismo se realiza RMN que corrobora la lesión compatible con absceso y comunicación del colédoco con bulbo-1ª porción duodenal. Siendo los HEMOCULTIVOS positivos para *E. Coli* multisensible. Dada la buena evolución, alta 10 días después con LEVOFLOXACINO 500/24h 1 mes más y METRONIDAZOL 500mgr/8h 10 días más, con buena resolución del cuadro.

Conclusiones:

La fiebre es un motivo frecuente en urgencias y constituye un signo de múltiples enfermedades convirtiéndose en un reto para precisar su causa. La mayoría en relación con procesos más o menos banales, pero en ocasiones estamos ante un proceso más grave. En la mayoría de



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

los casos se llega al diagnóstico etiológico en base a síntomas o signos de la exploración física sin embargo la realización de pruebas complementarias es necesaria para llegar a un diagnóstico definitivo. El absceso hepático es una enfermedad que sigue siendo aún un reto médico, infrecuente en países desarrollados con mayor incidencia en hombres de 30 a 60 años. Su curso clínico suele ser grave, el diagnóstico en ocasiones es tardío y la mortalidad elevada, con escasas publicaciones accesibles en nuestro medio. En las últimas décadas, han existido diversos avances, que han mejorado la eficacia diagnóstica y terapéutica.

A-1131

NEUMOMEDIASTINO DIAGNOSTICADO EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

P Morera Pérez, E Montero Romero, L Suárez Valdivia, JM Camero Macías, S Sánchez Sánchez, E Pérez García

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Palabras clave: enfisema mediastínico, enfisema subcutáneo, diagnóstico de neumomediastino

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Anamnesis: Hombre de 47 años con antecedentes personales de asma bronquial grave alérgico, consulta por episodio de tos intensa de características espasmódicas y aparición de dolor torácico irradiado a región cervical asociada a cambio en el tono de la voz. Exploración: Aceptable estado general, Tensión arterial 136/77mmhg, Saturación 96%. A la palpación crepitantes en región cervical y tórax. Cardiorespiratorio: Hipoventilación generalizada en ambos campos pulmonares. Pruebas complementarias: Radiografía de tórax postero-anterior: Enisema subcutáneo en ambos hemitórax con irradiación a región cervical bilateral. Tomografía axial computarizada con contraste intravenoso: Extenso enfisema mediastínico y cervical subcutáneo con epicentro en mediastino que diseca los planos muscular, vascular, pericárdico y fascial con diagnóstico radiológico de Neumomediastino. En la exploración clínica se objetiva crepitación en región cervical y ambos hemitórax por lo que se realiza radiografía de tórax en área de Urgencias Hospitalarias objetivándose enfisema mediastínico y cervical. Posteriormente se solicita Tomografía axial computarizada obteniendo imagen de neumomediastino. Ingres a planta de cirugía torácica donde se comenta el caso en sesión clínica y se decide tratamiento conservador y tratamiento con analgesia, antibioterapia y oxigenoterapia. Juicio clínico: Enfisema subcutáneo y Neumomediastino en paciente con asma grave bronquial.

Conclusiones:

El Neumomediastino se produce fundamentalmente por la rotura de alveolos o bullas al intersticio mediastínico pero también por lesión de la vía aérea principal o del esófago. Son típicos la palpación de enfisema subcutáneo en región cervical y la auscultación de un crujido sincrónico con el latido cardíaco llamado signo de Hamman. Pacientes con antecedentes de accesos de tos intensa y asma bronquial están predispuestos a la aparición de neumomediastino como complicación de su enfermedad.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1132

SALTÁNDONOS LOS PASOS... ¿PUEDE HABER RESPIRACIÓN ABDOMINAL PARADÓJICA SIN TIRAJE INTERCOSTAL PREVIO? A PARTIR DE UN CASO

A Vigo Peiró, I Gramuntell Seguí, A Ayestarán Masó,
C Gago Bellido, V Alcover Medina, A Cherino Talens, C Martín Pellús
Hospital de Liria. Valencia

Palabras clave: insuficiencia respiratoria, parálisis diafragmática, nervio frénico

Ámbito del caso:
Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción: Se trata de un paciente de 69 años con único antecedente de radiculopatía C4-C5 por protusión discal sin afectación medular. Presenta dificultad respiratoria principalmente con el decúbito supino desde hace 48 horas, sin signos-síntomas infecciosos ni de afectación cardiovascular y estable hemodinámicamente salvo hipoxemia (saturación de oxígeno de 93 % aire ambiente) al adoptar el decúbito supino. La única medida terapéutica que mejoraba la dificultad respiratoria era la aplicación de ventilación mecánica no invasiva con presión soporte. Tras resultar las pruebas complementarias disponibles de urgencia (analítica con gasometría arterial, radiografía de tórax y tomografía axial computerizada sin hallazgos destacables), se realiza ecografía abdominal que muestra disminución de la movilidad diafragmática y determinación de capacidad vital forzada que resulta disminuida. Con todo esto, nos decantamos por afectación diafragmática como primera causa de la dificultad respiratoria en este paciente. **Objetivo:** Revisión de las causas de dificultad respiratoria de origen diafragmático. **Material y métodos:** Harrison principios de Medicina Interna, M Haro Estarriol, M Rubio Goday, M Vilaplana Soler. **Enfermedades del diafragma.** Med Integr. 2002;39:72-84.

Conclusiones:

Resultados: El diafragma es un músculo esquelético estriado con actividad continua y gran tolerancia a la fatiga, flujo sanguíneo importante e inervación motora originada en las raíces nerviosas cervicales (C3-C4) desde donde los nervios frénicos transmiten los impulsos nerviosos que controlan su función mediante un recorrido cervical y mediastínicointratorácico. La parálisis frénica es la causa más frecuente de enfermedad del diafragma, aunque tanto situaciones fisiológicas como patológicas pueden producir debilidad o parálisis, fatiga o deterioro de su actividad mecánica que pueden provocar una insuficiencia ventilatoria. **Conclusión:** En urgencias hospitalarias, el número de pacientes que acuden por dificultad respiratoria es inmenso y las causas cardiopulmonares frecuentes nos hace dejar de lado otras causas menos prevalentes como las extrapulmonares, las cuales merecen estudio adecuado y tratamiento inmediato, como en el caso de nuestro paciente, que fue diagnosticado de miastenia gravis.

A-1133

BRONCONEUMONÍA ABSCESIFICADA EN ENFISEMA BULLOSO PULMONAR

IM Sánchez Pérez (1), C Piedra Rodrigo (2), MF Albarracín Vilchez (2),
D Bernal Rosique (2), IM Martín Esteve (2), J Calvo Bonachera (2)

(1) SUE Lorca Gerencia. 061 Murcia, (3) Urgencias Hospital Torrecardenas. Almería

Palabras clave: *Mycobacterium intracellulare*, esteroides orales, enfisema bulloso pulmonar

Ámbito del caso:
Ambos

Historia clínica:

Varón de 57 años. Ex fumador de 3 paquetes/día desde hace 4 años. EPOC tipo enfisema bulloso con afectación pulmonar bilateral extensa y grado funcional de disnea de pequeños esfuerzos. En estudio en Consultas externas Neumología por nódulo pulmonar solitario en LSI, captante en PET/TAC, pendiente de cirugía Torácica. Previo a la cirugía se realizó programa de rehabilitación respiratoria y optimización de tratamiento médico que incluyó pauta de esteroides orales para intentar mejora funcional del paciente y mejor evolución quirúrgica. Estando pendiente de Cirugía Torácica consulta en Urgencias por fiebre de 37-38°C de un mes de evolución con aumento de su disnea habitual, tos y expectoración mucopurulenta. Ha sido tratado en Atención Primaria con Amoxicilina-clávanico y posteriormente con Moxifloxacino sin mejoría. En Urgencias se solicita analítica general, gasometría arterial basal y Rx de Tórax PA y lateral. Ante los hallazgos radiológicos y la falta de respuesta a tratamiento antibiótico empírico el paciente es ingresado a cargo de Neumología. El paciente presenta regular estado general. A su llegada a Urgencias afebril y normotenso. Sat O2 basal de 94. A la auscultación cardiopulmonar destaca marcada hipoventilación en ambos campos pulmonares sin otros hallazgos. Rx de Tórax muestra múltiples niveles hidroaéreos en hemitórax izquierdo y condensación parahiliar izquierda y pérdida de volumen de hemitórax izquierdo, con hiperinsuflación compensadora de hemitórax derecho, donde se aprecia líneas finas de bullas. Analítica (PCR de 17,3) y leucocitosis con neutrofilia. Hemocultivo negativo, serología VIH negativa. TAC torácico que muestra enfisema grave de predominio bulloso, con afectación difusa, más intensa en lóbulos superiores con lili que no muestra parénquima reconocible, ocupado por múltiples áreas hipodensas que forman niveles hidroaéreos en las bullas, por proceso infeccioso a dicho nivel. Se realizó microbiología de esputo que muestra abundante desarrollo de *Mycobacterium intracellulare*.

Conclusiones:

La clínica sugiere exacerbación infecciosa de curso subagudo de un EPOC severo de base. El aislamiento de *Mycobacterium intracellulare* como causa de la exacerbación infecciosa es excepcional aunque en este caso podría estar relacionada con el tratamiento esteroideo oral e inhalado que se instauró al paciente. Se han descrito infecciones por micobacterias ambientales en pacientes tratados con esteroides inhalados. La evolución subaguda y la mala respuesta a tratamiento antibiótico empírico debe hacernos pensar en infecciones oportunistas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1134

UNA CAUSA DE HEMORRAGIA GRAVE MUY POCO FRECUENTE, ¿DEBERÍAMOS TENERLA PRESENTE?

P Valdres Carroquino, A Sánchez López, JM Abascal Roda, JL del Río Aisa, S Duerto Cebollada, J Navarro Calzada, R Royo Hernández

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Palabras clave: acquired haemophilia, blood coagulation disorder, bleeding

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

La hemofilia adquirida (HA) es una enfermedad poco frecuente. El autoanticuerpo más comúnmente reconocido es el antifactor VIII, lo cual puede provocar hemorragias que pueden llegar incluso a comprometer la vida del paciente. Presentamos un caso clínico de un paciente que acudió a urgencias por edemas en EEII y hematomas espontáneos, que fue finalmente diagnosticado de HA, con un desenlace fatal. Caso clínico: Paciente 83 años que acudió a urgencias por edemas en EEII y hematomas espontáneos en ESI y otros en distintas fases de resolución. En la EF destacaban los edemas, de rápida evolución, a tensión con fovea y hematomas. La analítica: plaquetas normales (220.000), con alteraciones en la coagulación: PTTA: 73, ratio de 2,33, INR (1,07) y fibrinógeno normales. Tras hacer mezcla con plasma normal se obtuvo corrección, que sugería déficit de factor de coagulación. Se guardó muestra para realización estudio de hemostasia, siendo el paciente altado y citado en CCEE 3 días después. Fue valorado en CCEE objetivando un PTTA de 80?? y actividad del factor VIII del 1% (normal > 70%), se decidió ingreso para completar estudio, dado el riesgo de sangrado y las circunstancias personales del paciente. Durante ingreso se sometió a una batería de pruebas complementarias: Eco Doppler negativo, TAC tóracoabdominal normal, marcadores tumorales negativos, los análisis bioquímicos fueron normales. Durante su ingreso no presentó hemorragias mayores, pero sí nuevos hematomas cutáneos con un descenso de la Hb, y se transfundió 2 concentrados de hemáties. Al alta Hb: 11). Se inició tratamiento con esteroides + ciclosporina con buena respuesta, a la semana de iniciado el tratamiento el PTTA era casi normal, actividad factor VIII del 25% y no se detectaba inhibidor. Finalmente fue dado de alta siguiendo controles ambulatorios. Poco después fue visitado en CCEE de hemostasia mostrando niveles de factor VIII recuperados. Pese a todo ello falleció de manera brusca como consecuencia de un episodio de sangrado mayor dos días después.

Conclusiones:

Este es uno de los pocos casos de HA de etiología idiopática, de diagnóstico posiblemente tardío y con consecuencias fatales pese al inicio del tratamiento adecuado. Debemos de pensar en esta enfermedad en presencia de historia de sangrado fácil, hematomas frecuentes y alargamiento de PTTA.

A-1135

PULMÓN BLANCO EN PACIENTE JOVEN: IMPORTANCIA DE LAS PRUEBAS DE IMAGEN

M Fernández Fernández (1), JJ Álvarez Cano (2), MP Ortigas Arrabal (3)

(1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria, (2) Residencia Divina Pastora, (3) Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

Palabras clave: atelectasis, empyema, adenocarcinoma

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

OBJETIVO: recordar la importancia de un abordaje integral del paciente en urgencias, sobre todo en casos dudosos, pues una correcta actuación puede salvar la vida del paciente o mejorar su situación clínica basal **PACIENTE Y MÉTODO:** Varón de 48 años con los antecedentes personales de exfumador hasta hace 7-8 años (20 cig/día) y adenocarcinoma de pulmón derecho, estadio IV, con metástasis cerebrales, actualmente en tratamiento con radioterapia holocraneal y pendiente de cita con oncología médica para decisión de quimioterapia. Diagnosticado hace 3 meses cuando acudió al servicio de urgencias con clínica de disartria y afasia motora además de cefalea frontoparietal. Acude de nuevo a urgencias por disnea intensa y tos con escasa expectoración, aunque de aspecto amarillento-verdoso. Consciente, orientado y colaborador. Regular estado general. Afebril. Taquipneico en reposo, con uso de musculatura accesoria. Sat O2 con ventimask con una FiO2 al 50% del 93%. TA: 153/83 mmHg, FC 115lpm. Auscultación cardiopulmonar: tonos taquicárdicos, rítmicos, sin soplos audibles. Hipoventilación en hemitórax derecho. MMII: no edemas, no signos de trombosis venosa profunda, pulsos poplíteo y pedio palpables. **RESULTADOS:** -Análisis de sangre: destaca PCR 350, resto normal. No leucocitosis ni anemia. Gasometría venosa: alcalosis respiratoria. ?Radiografía de tórax: impresiona de atelectasia en pulmón derecho. No derrame pleural.. Se comentó el caso con Neumología de guardia, para valorar la posibilidad de realización broncoscopia de urgencia en el caso de tratarse de una atelectasia (todo apuntaba dada la localización del tumor cerca del bronquio principal derecho). -Ecografía tórax: derrame pleural que alcanza campos medios. A través de la ecografía se confirmó la presencia de derrame pleural por lo que se procedió a realización de toracocentesis obteniéndose abundante líquido de aspecto purulento. **JUICIO CLÍNICO:** empiema pleural en paciente con antecedentes de adenocarcinoma de pulmón estadio IV.

Conclusiones:

En urgencias es importante hacer un abordaje integral del paciente. En este caso, el paciente se encontraba con disnea intensa y desaturado, a pesar que radiográficamente no impresionaba de empiema, se realizó una ecografía que confirmó la presencia de líquido y pudo realizarse toracocentesis terapéutica solucionándose el proceso agudo y mejorando claramente la situación clínica del paciente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1136

LA FIEBRE QUEBRANTAHUESOS: PRIMER CASO DE CHINKUNGUNYA EN GRAN CANARIA

J Toral Sánchez, L Cabrera Ramírez, L Falcón Vega, K Viera Machín, N Cabrera González, J Pavón Monzó

Urgencias. Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

Palabras clave: Chinkungunya, tropical, infección

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

18 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Natural de Las Palmas de Gran Canaria pero estudia odontología en el extranjero (República Dominicana) de donde ha llegado hace unos días que presenta intensa cefalea, fiebre no termometrada, altralgias generalizadas, molestias torácicas, epigastralgia, náuseas y algún vómito de contenido alimentario sin clínica respiratoria, miccional ni gastrointestinal asociada. A la exploración, febrícula, sensación de postración, algias generalizadas a la palpación. No adenopatías. Dolor retroorbital. Auscultación anodina. Abdomen dentro de la normalidad. Pulsos presentes y simétricos. Sin focalidad neurológica. Pruebas complementarias: Hb 11,2 Leuc 13,9 (77,9%) Rx Tórax dentro de la normalidad. EKG ritmo sinusal a 108 lpm Remitida con sospecha de Chinkungunya se remite tras serología a Consultas de Medicina Interna donde se aísla IgG e IgM positivo para el virus Chikungunya.

Conclusiones:

La fiebre chikungunya se ha detectado en más de 60 países de Asia, África, Europa y las Américas. El virus se transmite de una persona a otras por la picadura de mosquitos hembra infectados. Generalmente *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus* que suelen picar con actividad máxima al principio de la mañana y al final de la tarde. La enfermedad suele aparecer entre 4 y 8 días después de la picadura de un mosquito infectado, aunque el intervalo puede oscilar entre 2 y 12 días. No existe ningún antivírico específico como tratamiento que consiste principalmente en aliviar los síntomas, entre ellos el dolor articular, con antipiréticos, analgésicos óptimos y líquidos. No existe vacuna contra el virus Chikungunya. La prevención y el control se basan en reducir el número de depósitos de agua naturales y artificiales que puedan servir de criadero de los mosquitos. Como protección se recomiendan llevar ropa que reduzca al mínimo la exposición de la piel. También se pueden aplicar repelentes a la piel o a la ropa, respetando estrictamente las instrucciones de uso del producto. Los repelentes deben contener DEET (N, N-dietil-3-metilbenzamida), IR3535 (etiléster de ácido 3-[N-acetil-N-butil]-aminopropiónico) o icaridina (2-(2-hidroxietil)-1-metilpropiléster de ácido 1-piperidinocarboxílico). Las personas que viajen a zonas de riesgo deben adoptar precauciones básicas, como el uso de repelentes, pantalones largos y camisas de manga larga, o la instalación de mosquiteros en las ventanas.

A-1137

SÓLO TENGO FIEBRE POR LA TARDE

M Sánchez García, R López Díaz, F Sánchez Salmerón, E Guirado Granados, A Cordovilla Moreno, S Martínez Saldumbide, V Madrid Ferreiro

Complejo Hospitalario de Cartagena. Cartagena, Murcia

Palabras clave: fiebre, tos, tuberculoma

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Mujer de 25 años sin antecedentes médicos de interés, trabaja en una pizzería y niega contacto con TBC. Consulta en urgencias por cuadro de fiebre de 38°C a la caída de la tarde, desde hace 1 mes. Presenta tos productiva con esputo purulento. No dolor torácico, no disnea. Exploración física afebril. AR con murmullo vesicular conservado. Pruebas complementarias analítica con PCR de 8, leucocitos 15000 con 75% de neutrófilos. Radiografía de tórax con lesión cavitada en lóbulo superior izquierdo con nivel hidroaéreo. Testa antigénico de gripe negativo, hemocultivos negativos, cultivo de esputo negativo, Ziehl-Neelsen negativo. Ingresa en planta de neumología se inicia tratamiento con augmentine con buena respuesta clínica. Durante el ingreso se realiza: Mantoux + TAC tórax que informa de consolidación atelectasia de LSI con cavitación en su seno y múltiples opacidades centrolobulillares en LSI y LII. a considerar TBC. Fibrobroncoscopia: inflamación difusa de la mucosa, que es friable. Se recoge BAS que confirma mediante PCR la presencia de una especie del complejo tuberculosis. Juicio clínico: tuberculoma. Se suspende tratamiento con augmentine y se inicia tratamiento con antituberculosos.

Conclusiones:

La TBC es una enfermedad infecciosa contagiosa y tratable con un repunte de incidencia en las últimas décadas debido a aparición de enfermedades que deprimen el sistema inmune. Es fundamental el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y la adherencia adecuada al mismo para conseguir el control de la misma. Debemos pensar en ella como posibilidad diagnóstica si la clínica es compatible para evitar su expansión.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1138

HEMATOMAS ESPONTÁNEOS MUSCULARES. ¿ESTÁ INDICADA LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA?

F Muñoz Lara, M Moreno Fernández, E Lagares Santana,
M Castillo Trujillo, Y Villalón Alvarado, G Ocete Burgos,
R Narbona Fernández

Hospital Regional de Málaga

Palabras clave: hematoma, profilaxis, antibiótico

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Paciente de 16 años sin antecedentes de interés que acude al servicio de urgencias por inflamación de glúteo derecho de pocas horas de evolución con imposibilidad para la deambulación por dolor. A la exploración llama la atención asimetría glútea, encontrándose el glúteo derecho aumentado de tamaño y doloroso sin aumento del calor local. Con sospecha de hematoma espontáneo en glúteo es valorado por Traumatología solicitándose analítica donde destaca Hb de 13, TP 62 % y bioquímica normal. Se solicita ECO de glúteo que muestra dos hematomas de 10 x 4 y 12 x 5 cm. Valorado por hematología se solicita analítica programa con estudio de coagulación y se deriva a consulta. Posteriormente se procede al alta con tratamiento conservador consistente en reposo, frío local y analgésicos tipo Paracetamol. Al día siguiente acude de nuevo a urgencias por empeoramiento del dolor. Se solicita nueva analítica con Hb 12,2 y TP 63 % y nueva ECO que muestra un área heterogénea en el espesor del músculo de 6-7 cm de eje mayor. Debido a la disminución del tamaño del hematoma se procede al alta con igual tratamiento. Se obtiene resultado de coagulación que muestra parámetros dentro de la normalidad. A los 5 días acude de nuevo a urgencias por fiebre de predominio vespertino, con sospecha de hematoma sobreinfectado se solicita nueva analítica que muestra Hb 11,9, leucocitos 8200 con fórmula normal TP 62 %, PCR 80 y orina normal. Se solicita nueva ECO que muestra aumento del diámetro del tejido celular subcutáneo y de la ecogenicidad del mismo con pequeñas lengüetas de líquido infiltrando dicha área. Con sospecha de celulitis glútea sobre hematoma espontánea se ingresa en Enfermedades Infecciosas. Se procede a tratamiento intravenoso con antibiótico mejorándose la sintomatología procediéndose al alta una semana después.

Conclusiones:

¿Estaría indicada la profilaxis antibiótica? El riesgo de sobreinfección en los hematomas musculares de gran tamaño es elevado, sin embargo en el momento actual no existen estudios sobre la indicación profiláctica de antibióticos en los hematomas musculares de gran tamaño. Se necesitarían estudios concluyentes sobre la indicación de antibióticos en el tratamiento de los hematomas espontáneos.

A-1139

EMERGENCIA HIPERTENSIVA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LUPUS

J del Cañizo Canto, M Jurado Otero, C Hidalgo Collazos,
L Cano Alcaide, Z Jiménez Bretones, R Parada López,
C Bibiano Guillén

Hopital Infanta Leonor. Alcorcón, Madrid

Palabras clave: lupus eritematoso sistémico, hipertensión, síndrome antifosfolípido

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 28 años. Fumadora de 10 cigarrillos al día. Toma anticonceptivos orales desde hace un año. Acude a urgencias por cefalea de 4 días de evolución de características opresivas en región occipital acompañada de sensación nauseosa y algún vómito. Al día siguiente de iniciarse el cuadro presenta visión borrosa por ojo derecho. La cefalea empeoró progresivamente despertándola por las noches e intensificándose con maniobras de Valsalva. Tensión arterial a su llegada de 212/143 que se normaliza tras dos ampollas de labetalol. Presenta papiledema en ojo derecho. La paciente niega alteraciones sensitivas o motoras, visión doble u otros síntomas asociados. Niega consumo de tóxicos o fármacos. No ha presentado fiebre ni infecciones recientes. No ha presentado TCE ni traumatismo cervicales ni había realizado sobreesfuerzos físicos. No ha tenido historia personal ni familiar de trombosis o abortos. No artralgias, no úlceras en mucosas, no fotosensibilidad. Exploración neurológica normal y auscultación cardiaca normal. -Tac craneal: múltiples lesiones hipodensas en hemisferio cerebral derecho compatible con zonas de isquemia de aspecto crónico. -Analítica de urgencias: LDH 420 U/L con una coagulación con TTPA alargado 58seg y función renal normal. -TC craneal con contraste: defecto de depleción en división anterior de ACM derecha a nivel distal. -Estudio antifosfolípido positivo. -Estudio reumatológico compatible con Lupus eritematoso sistémico y Síndrome antifosfolípido secundario. Se inicia corticoterapia y anticoagulación. JUICIO CLÍNICO. Lupus Eritematoso Sistémico y Síndrome Antifosfolípido con afectación neurológica con ictus isquémicos en territorio de ACM derecha.

Conclusiones:

La Emergencia hipertensiva en la mujer joven puede ser una manifestación de LES a tener en cuenta. El LES afecta principalmente a mujeres en edad fértil. La proporción habitual de mujeres frente a hombre es de 9:1. El 50% de los pacientes con LES tiene nefritis lúpica y muchos de éstos desarrollan HTA. La enfermedad tromboembólica puede complicarse en LES, sobre todo ante la presencia de anticuerpos antifosfolípido. El síndrome antifosfolípido está presente en un 40% de los pacientes con LES. (TTPA alargado indica sospecha anticoagulante circulante).



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1140

SÍNDROME CONSTITUCIONAL COMO MODO DE PRESENTACIÓN DE NEUMOPATÍA INTERSTICIAL DIFUSA

MA Saadi (1), M Borrás Beltrán (2), E Nicastro (1),
AM Pérez Sánchez (1)

(1) Hospital Luis Alcañis. Xàtiva, (2) Hospital General de Ontinyent.
Puerto de Sagunto, Valencia

Palabras clave: neumopatía, intersticial, idiopática

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Síndrome constitucional como modo de presentación de neumopatía intersticial difusa. Se trata de una paciente mujer de 75 años, jubilada, sin alergias medicamentosas conocidas, diabética tipo 2 en tratamiento con Glimepirida, y sin otros antecedentes de interés. Acudió a urgencias por síndrome constitucional de dos meses de evolución (astenia, anorexia, pérdida de cinco Kg en dos meses). Por otra parte refería tos seca sin fiebre ni disnea ni dolor torácico. En verano presentó un cuadro de urticaria sin identificar alérgeno. En la exploración física, presentaba un buen estado general, excepto cierta palidez cutánea, apiretica, eupneica manteniendo saturación de oxígeno del 96% respirando aire ambiente, estable hemodinámicamente. La auscultación cardiorrespiratoria fue normal, así como el resto de la exploración física. Se le realizó en urgencias una analítica de sangre destacando una proteína C reactiva (PCR) alta (134.3 mg/L), sin leucocitosis ni neutrofilia, y una anemia leve normocítica y normocroma (Hemoglobina: 11 g/dL). El sedimento de orina mostró criterios de infección de orina, con proteinuria (25 mg/dL). La gasometría venosa fue normal, excepto lactacidemia de 2.9 mmol/L. La radiografía de torax mostró un patrón alveolointersticial en lóbulos superior derecho y superior izquierdo, de predominio periférico, sugerente de neumopatía intersticial. Ante la sospecha de enfermedad pulmonar intersticial difusa, ingresa en planta de medicina interna con cobertura antibiótica (Levofloxacino y ceftriaxona), donde se completa el estudio con tomografía axial torácica de alta resolución que pone de manifiesto una extensa consolidación alveolar en lóbulos superiores izquierdo y derecho, así como en ambos lóbulos inferiores en menor medida. Así mismo se solicitaron marcadores tumorales, inmunoglobulinas, factor reumatoide que fueron normales. Los niveles de Inmunoglobulinas E (IgE) séricos resultaron discretamente elevados. La Broncoscopia no mostró alteraciones. La evolución fue satisfactoria con antibioterapia y corticoterapia que se mantuvo al alta ante sospecha de neumonía criptogénica organizativa. Actualmente la paciente se encuentra pendiente de control en consultas externas.

Conclusiones:

Este caso clínico nos recuerda que enfermedades pulmonares tan difusas pueden cursar de forma silente, con un cuadro constitucional como único síntoma guía.

A-1141

GASTROENTERITIS Y MENINGITIS, A PROPÓSITO DE UN CASO

AM González Pedraja (1), MP Carlos González (2),
N Santos Méndez (3), M Labrador Hernández (4),
JL Cepeda Blanco (4), N Ovalle González (5), M González Ruiz (5)

(1) Servicio Cántabro de Salud, (2) CS Cazoña, (3) CS Camargo,
(4) CS El Alisal, (5) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Santander, Cantabria

Palabras clave: gastroenteritis, meningitis, *H. influenzae*

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Varón de 37 años, sin antecedentes de interés, que acude a la consulta de atención primaria, por cuadro de tres horas de evolución de vómitos alimenticios, diarrea acuosa y fiebre termometrada de 38 grados centígrados. Tras tratamiento sintomático acude al servicio de urgencias a las 15 horas con cefalea holocraneal intensa y confusión (desorientación y alteración en el comportamiento) por lo que se remite a urgencias hospitalarias ante sospecha de infección en sistema nervioso central. Exploración física: Afebril, TA: 129/74, consciente, orientado, ligeramente bradipsíquico. Rigidez en flexión del cuello. Sin focalidad neurológica deficitaria. Resto de exploración normal. Se realiza punción lumbar extrayéndose 6 ml de líquido cefalorraquídeo turbio, que se envió a laboratorio. Ante sospecha de meningitis bacteriana se inició tratamiento antibiótico con cefotaxima y vancomicina. Resultados, pruebas complementarias: Analítica Leucocitos: 28,200 (16% cayados y 79% granulocitos) Perfil de sepsis: PCR: 25, procalcitonina: 21,7, lactato: 21,5, BR: 1,7. LCR: glucosa 1, hematies 2320, proteínas 948, leucocitos 11300 (94% PMN, 6% mononucleares). Microbiología: GRAM urgente: abundantes PMN sin objetivar, microorganismos. Cultivo: haemophilus influenzae, no productor de betalactamasa TAC Craneal: sin hallazgos patológicos. Juicio diagnóstico: Meningitis bacteriana aguda por haemophilus influenzae Diagnóstico diferencial: Gastroenteritis meningitis vírica.

Conclusiones:

El paciente presenta un cuadro de gastroenteritis que rápidamente evoluciona con un cuadro confusional el cual puede confundirse, en el contexto de gastroenteritis, con deshidratación. Es importante recordar que el *H. Influenzae* sigue siendo un agente causal de meningitis y otras infecciones invasoras, no solo en niños. Las cepas de *Haemophilus influenzae* tipo b son las más frecuentemente aisladas y pueden llegar a ser las responsables del 95% de las infecciones causadas por esta bacteria. Es prioritario hacer una buena exploración física y diagnóstico diferencial ya que esta enfermedad presenta una gran morbimortalidad. En este caso tras la demostración de meningitis bacteriana por *haemophilus influenzae* se mantuvo la antibioterapia con cefuroxima (2gr/6h), pasando posteriormente a ceftriaxona (2 g/12 h) hasta completar 10 días totales, siendo el paciente dado de alta con leve cefalea controlada bien con analgésicos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1142

HIDRONEUMOTÓRAX TRAS COLOCACIÓN DE Sonda NASOGÁSTRICA EN ANCIANO. CASO CLÍNICO

E Bellido Pastrana, R Gil Alcaraz, S Medina Ruiz

Hospital Punta Europa. SCCU Urgencias. Algeciras, Cádiz

Palabras clave: hidroneumotórax, intubación gastrointestinal, efectos adversos

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

ÁMBITO DEL CASO: Varón de 84 años e institucionalizado que es trasladado a urgencias por equipo de emergencias extrahospitalario tras cuadro de tos, disnea y deterioro brusco del estado general, tras colocación en las horas previas de sonda nasogastrica (que había perdido accidentalmente) y reinicio de nutrición enteral en la residencia de ancianos. No alérgico a medicamentos. Demencia tipo Alzheimer en estadio avanzado. Parkinsonismo. Anemia microcítica. Vida camasillón y dependiente para las actividades de la vida diaria. Ingreso hospitalario reciente por neumonía comunitaria. Nutrición enteral por sonda nasogastrica. HISTORIA CLÍNICA: EXPLORACIÓN FÍSICA: Regular estado general, taquipneico en reposo. Estuporoso. Auscultación cardiaca: rítmica y sin soplos. Auscultación pulmonar: hipofonía en hemitórax derecho. Abdomen blando, depresible, sin megalias, no doloroso a la palpación. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa. Temperatura axilar: 36,3°C. TA: 83/52 mmHg. Saturación arterial O₂: 91%. Frecuencia cardíaca: 97x. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: Rx Tórax: opacificación del hemitórax derecho, asociado a neumotorax. Sonda nasogastrica en bronquio derecho y extremo en LID. Hemograma: Leucocitos 8,2 (PMN 93,1%) Hb 9,3 g/dl Plaquetas 339 Bioquímica: Urea 66. Creatinina 1,79. Resto de iones dentro de la normalidad. PCR: 2,50 Gasometría arterial: pH 7,38. pCO₂ 32 mmHg. pO₂ 62 mmHg. Sat O₂ 89% DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE URGENCIAS: Derrame pleural y reagudización neumonía comunitaria. Neumonía por aspiración (bajo nivel de conciencia). Neumotórax espontáneo EVOLUCIÓN: Se retiró sonda naso-gástrica y se colocó tubo de drenaje torácico. Se cursaron hemocultivos y se inició se inicio antibioterapia y medidas de soporte. Tras evolucionar al paciente 12 horas en urgencias, ingresó en medicina interna. DIAGNÓSTICO FINAL: Hidroneumotórax secundario a colocación errónea de sonda naso-gástrica.

Conclusiones:

Tras la colocación de sonda naso-gástrica debe confirmarse su correcta localización. Aunque auscultar la entrada de aire en cavidad gástrica tras insuflarlo por la sonda nos puede dar una idea aproximada, algunos autores sugieren confirmar la posición con una radiografía de tórax o mediante capnografía, antes de administrar nutrición o fluidos por la misma. Los derrames pleurales iatrogénicos deben ser tenidos en cuenta en pacientes sometidos a endoscopia, cirugías, colocación de sondas de nutrición, colocación de catéteres en vías venosas centrales.

A-1143

REPOSO RELATIVO

G Alonso Sánchez, MH Vidal Giménez, FJ Fernández Valero, TR Álvarez Balseca, A Egea Huertas, MJ Fernández Rodríguez

Hospital Comarcal del Noroeste. Barinas, Murcia

Palabras clave: embolia pulmonar, disnea, descanso

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: Paciente varón de 43 años con antecedentes de dislipemia, en tratamiento con estatinas, sobrepeso, trastorno obsesivo compulsivo y fumador activo 10 cigarrillos/día. Consulta por tos seca de 48 horas de evolución y dolor en costado izquierdo. Sin fiebre ni disnea acompañantes. Constantes vitales normales. Exploración física con crepitantes en base izquierda sin otro hallazgo patológico. Se evidencia infiltrado basal izquierdo en radiografía de tórax y se diagnostica de neumonía basal izquierda. Al alta se pauta Levofloxacino 500mg 1/24h durante 10 días. El paciente vuelve a consultar a los 12 días refiriendo dolor en costado izquierdo, disnea y regular estado general. En la exploración destaca frecuencia cardíaca de 147 lpm, tensión arterial 93/59 con resto de parámetros dentro de la normalidad. OBJETIVO: Se deciden pruebas complementarias, Radiografía tórax: condensación en base pulmonar izquierda, Analítica: glucosa 183, creatinina 1.83, troponina I 1.21, CK 50, CK-MB 7.9, dímero D 35893, ECG: ritmo sinusal, a 140 lpm, S1, Q3, T3. Ante los hallazgos se solicita angioTAC: Tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral. Diagnóstico: Tromboembolismo pulmonar bilateral. MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO: Se pasa al paciente a área de observación con monitorización, oxigenoterapia, sueroterapia y se inicia anticoagulación con heparina de bajo peso molecular. Debido a la inestabilidad hemodinámica del paciente se remite a UCI de hospital de referencia. Allí se realiza Ecocardiografía que informa de ventrículo dilatado derecho y con gran disfunción. Por todo ello se realizó trombolisis sistémica con 100mg de Alteplase. RESULTADOS: Tras buena evolución clínica y mejoría parcial de la ecocardiografía se remite a hospital de origen para seguimiento.

Conclusiones:

Nuestro paciente consultó en una primera visita por infección respiratoria por lo que se pautó tratamiento antibiótico y se recomendó reposo relativo. Al parecer el paciente realizó reposo más absoluto que relativo y ahí puede encontrarse la causa que precipitó el TEP en un paciente joven sin factores de riesgo conocidos para enfermedad tromboembólica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1144

DOCTOR, QUÉ ME PASA EN EL CUELLO

L Mao Martín, R Calvache Arranz, P Chacón Caso, R Sanz Lorente, V Delgado Sardina, MT Martínez Marco, MS Ruiz Grinspan

Hospital Universitario del Henares. Madrid

Palabras clave: thrombosis, deep vein thrombosis, jugular veins

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 73 años acude por cuadro de 12 horas de evolución de inflamación en región cervical. Hábito asténico. Aumento de perímetro y temperatura de región cervical derecha con ingurgitación yugular, dolor a la palpación. Resto de exploración física sin hallazgos. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: Hemoglobina 11.7 g/dL (13.0 - 17.0), Hematocrito 36.8 % (40.0 - 50.0), V.C.M 80.2 fL (82.0 - 98.0), H.C.M 25.4 pg (27.0 - 32.0), resto de hemograma y bioquímica normal. Dímero D (turbidimétrico) 160.0 µg/L (0.0 - 500.0). ECOGRAFÍA CUELLO: Ocupación completa de la luz de la vena yugular interna derecha en relación con trombosis aguda, que se acompaña de cambios inflamatorios en la grasa del tejido celular subcutáneo adyacente y de adenopatías reactivas. TC TORACOABDOMINAL: Prominente circulación colateral en región de hemitórax derecho extendiéndose hacia el hombro y pared torácica ipsilateral. Aumento de densidad del uréter pélvico distal izquierdo de unos dos cm de longitud, en probable relación con neoplasia ureteral JUICIO CLÍNICO: Trombosis extensa de la vena yugular interna secundaria a neoplasia ureteral La Trombosis venosa en la vena yugular interna es muy rara, suele asociarse a fenómenos locales (compresivos, infeccioso o traumáticos) y menos frecuentemente como manifestación de una neoplasia oculta (páncreas, colon, riñón, próstata y pulmón). Las manifestaciones clínicas suelen ser inespecíficas, por lo que es posible que pasen inadvertidos, asocie dolor de cuello, aparición de masa en región lateral del mismo asociado a síntomas generales (astenia, anorexia y/o febrícula). La sospecha inicial será confirmada por Ecografía doppler y con TC con posteridad que evalúe la extensión y descarte causas etiológicas de la misma. Previo a la era antibiótica, se veía en relación a procesos infecciosos de planos profundos del cuello, en la actualidad se relacionan con empleo de catéteres centrales venosos, adicción a drogas por vía parenteral, trombofilia o tumores. El tratamiento de elección es la anticoagulación con tiempo de instauración variable dependiendo de los factores que incurran.

Conclusiones:

La trombosis venosa profunda yugular es una entidad rara y poco frecuente. Dicha entidad, en ausencia del uso catéteres o ADVP, puede constituir la primera manifestación de una neoplasia oculta.

A-1146

NO ERA LA NEUMONÍA

FJ Fernández Valero, TR Álvarez Balseca, A Egea Huertas, MJ Fernández Rodríguez, G Alonso Sánchez, MH Vidal Giménez, MM de la Torre Olivares

Hospital Comarcal del Noroeste Caravaca de la Cruz. Murcia

Palabras clave: thormboembolism, PE, dyspnoea

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 42 años, con trastorno obsesivo compulsivo, en tratamiento con Alprazolam, Fluoxetina, Topiramato, Simvastatina y Aripiprazol, acude a Urgencias refiriendo disnea y dolor en el costado derecho de 4 horas de evolución, acompañado de palpitaciones. Refiere ingreso por neumonía hace 6 días, continuando tratamiento con Levofloxacino al alta. A la exploración: consciente y orientado con buen estado general, normohidratado, normocoloreado, afebril pero taquipneico. Las constantes Vitales son: FC 147 l.p.m., Sat.O2 97 % y TA 93/59 mm. La auscultación cardiopulmonar y la exploración abdominal resulta normal. El hemograma objetiva leucocitosis (18000) con neutrofilia y bioquímica con: Glucosa: 183.00 mg/dL, Urea 41.00 mg/dL, Creatinina 1.83 mg/dL, Sodio 140.00 mmol/L, Potasio 4.80 mmol/L, y enzimas cardíacos de CK: 50.00 U/L, CK-MB 7.90 ng/mL y Troponina I 1.21 µg/L. Ante dichos resultados y amparados en la clínica se realiza ECG con ritmo sinusal a 140 lpm con patrón S1, Q3 y T3. Ante todas estas evidencias se contacta con radiólogo de guardia para realizar angioTC torácico en el que informa de un defecto de relleno en ambas arterias pulmonares principales que en la derecha se extiende hasta la arteria interlobar y arterias del lóbulo medio y en la izquierda se extiende tanto a la arteria ascendente como a la descendente con condensación del parénquima basal lateral izquierdo aunque sin signos de infarto con pequeño derrame pleural izquierdo, diagnosticando al paciente un TEP bilateral. Debido a que nos encontramos en un hospital de tercer nivel o regional se decide traslado a la UCI del hospital de referencia.

Conclusiones:

El tratamiento consiste en administrar fármacos anticoagulantes desde el momento de la sospecha, al principio con dosis altas de un fármaco intravenoso. El tromboembolismo pulmonar es una causa importante de mortalidad. Muchos de los pacientes que mueren por esta causa tienen una enfermedad grave subyacente, como cáncer o insuficiencia cardíaca congestiva. Sin embargo, existen datos de que la muerte se produce en menos del 10% de los TEP. En general, el pronóstico de un paciente con embolia pulmonar en el que se instaura prontamente el tratamiento es excelente. La mayoría de las muertes se producen bruscamente y sólo se pueden evitar mediante la profilaxis anticoagulante.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1147

DIAGNÓSTICO DE SARCOIDOSIS EN URGENCIAS EN PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO PLEURÍTICO

S Díaz Lería (1), MC Rodríguez Casimiro (2), D Diz González (1), A Cañas Barranco (3)

(1) Hospital Comarcal de Antequera, (2) Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga, (3) Vhi Swiftcare Clinic. Rockfield, Dublín

Palabras clave: sarcoidosis pulmonar, diagnóstico, terapia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica de causa desconocida y carácter autoinmune. Suele ser aguda y de evolución limitada, aunque en ocasiones se cronifica. Objetivo: Abordaje de diagnóstico diferencial de dolor torácico en urgencias y estudio de adenopatías mediastínicas tras hallazgo como agente causal. Paciente y resultado: Varón de 47 años, ex fumador, consulta por dolor torácico pleurítico, 15 días de evolución. Hemodinámico estable con buena saturación, eupneico con auscultación normal. Se realiza electrocardiograma con ritmo sinusal y frecuencia controlada, onda Q aislada y T negativa en III, radiografía de tórax con refuerzo de trama perihilar, analítica y gasometría venosa normal, en coagulación destaca Dímero D mínimamente elevado (516) y persiste dolor, por lo que se amplía AngioTAC torácico, descartándose enfermedad tromboembólica y donde se objetivan adenopatías de tamaño significativo paratraqueal, subcarinal, hiliares, peribronquiales y en grasa epicárdica. Ingresa para completar estudio con autoinmunidad, complemento, Inmunoglobulinas normal, VIH, Mantoux y baciloscopia en orina negativo, tac toraco-abdominal sin cambios, orientando a sarcoidosis como diagnóstico más probable y se amplía PET objetivando adenopatías hipermetabólicas predominantes en mediastino, con múltiples focos diseminados. Los hallazgos son compatibles con proceso linfoproliferativo, si bien no es distinguible de sarcoidosis activa. En Cirugía Torácica tras biopsia se confirma sarcoidosis. Realiza seguimiento ambulatorio en tratamiento sintomático con antiinflamatorios.

Conclusiones:

El órgano que con más frecuencia se afecta es el pulmón, la segunda localización son los ganglios linfáticos intratorácicos. En la radiografía de tórax son frecuentes las adenopatías hiliares bilaterales en el tipo I, éste patrón suele ser agudo o subagudo y reversible de la enfermedad. Se diagnostica por la clínica, manifestaciones radiológicas e histológicas con granulomas no caseificantes y su diagnóstico diferencial es amplio, sobretudo con enfermedades neoplásicas tipo linfoma e infecciones, descartados durante el ingreso. El pronóstico suele ser bueno y sin secuelas significativas, aunque la mitad sufren alguna disfunción orgánica permanente y leve. El tratamiento habitual es la prednisona pero en el 50% de los pacientes la enfermedad cede espontáneamente, por lo que se decide en función de la magnitud y actividad del proceso.

A-1148

FIEBRE BOTONOSA: DEL SÍNTOMA AL DIAGNÓSTICO

P Lázaro Aragüés (1), MJ Martínez Valero (1), MP Suárez Beke (1), JA Sánchez Nicolas (1), FJ Lázaro Aragüés (2), N Rodríguez García (1)

(1) Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia, (2) Hospital Santa Lucía. Murcia

Palabras clave: fever, exanthema, Boutonneuse Fever

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 9 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés que consulta en el Servicio de Urgencias por exantema de 7 días de evolución que comenzó en las extremidades superiores y se diseminó por el tronco, refiere además picos febriles de hasta 40°C que precedieron y acompañaron al cuadro. No anorexia, no astenia. No relaciona el cuadro con ninguna infección respiratoria precedente. Interrogado a cerca de la existencia de animales domésticos, la familia refiere que tienen perros que no co-habitan con el niño. Valorado por su Pediatra habitual hace 4 días con realización de Test de detección rápida del S. Pyogenes y anormales y sedimento negativos, pauta tratamiento con antihistamínicos, antipiréticos y medidas generales sin mejoría, hecho que motiva su consulta actual en el Servicio de Urgencias. Exploración Física: buen estado general, no impresiona de gravedad, bien nutrido e hidratado. Exantema maculo-papuloso color rojo intenso en brazos y tórax, sin evidencia de adenopatías. Mucosa oral de aspecto normal, no exudados bacterianos. Otoscopia bilateral normal. Auscultación cardio-pulmonar: rítmico sin soplos ni roce. Murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni visceromegalias, sin signos de irritación peritoneal. RHA conservados. Miembros inferiores: sin edemas, no signos de TVP. Pulsos distales presentes y simétricos. Bioquímica: glucosa 88, urea 11, creatinina 0.40, sodio 141, potasio 3.0, PCR 3.4, procalcitonina 0.1 Hematología: Leucocitos 13710 (69.7%N, 16.5%L). Hemoglobina 14.0, Hto 38, VCM 93.40. Plaquetas 158000. Hemostasia y coagulación: INR 1.00, Tiempo protrombina 12, Activ. Protrombina 100%. ECG: Ritmo sinusal a 80 lpm, PR 0.12. Sin alteraciones del QRS, ST ni T. Radiografía tórax: normal. AyS: Sedimento normal. Se rehistoria al paciente y refiere que previo al cuadro se quitó un 'bicho' que le había picado en los testículos. EXPLORACIÓN: se evidencia una escara necrótica no dolorosa en teste derecho. Juicio Clínico: Fiebre botonosa.

Conclusiones:

La correcta anamnesis de los pacientes y una exploración clínica detallada es esencial en Urgencias para llevar a cabo un adecuado diagnóstico diferencial. En caso de presencia de exantemas maculo-papuloso debemos insistir en la presencia de factores desencadenantes: cuadros infecciosos, picadura de insectos etc. así como clínica coincidente o previa al cuadro como elementos diagnósticos fundamentales.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1149

NEUMONÍA QUE NO MEJORA CON TRATAMIENTO HABITUAL

YL Tassé Herrer, SF Clemente da Silva, T Gorostiaga Echevarría, M Toña Olaortúa, S Sobrino Borrego, E Pérez Granadal, F Fuentes Felipe

IMQ. Zorrozturre. Bilbao, Vizcaya

Palabras clave: tos, disnea, dolor

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 46 años que acude a urgencias por presentar tos y fiebre elevada desde hace 3 días, acompañado de malestar general. No refiere disnea, ni dolor torácico, no otros síntomas. A la exploración se encuentra eupneico en reposo, febril. Saturación de O₂: 98%, Fc: 110 lpm, TA: 120/70. Se auscultan crepitantes en base pulmonar izquierda y sibilantes dispersos. Se realiza analítica, presentando leve leucocitosis y mínima elevación de PCR, resto de parámetros normales, incluyendo PCT y ácido láctico. En Rx tórax presenta mínima condensación en BPI. Se pauta tratamiento ambulatorio con inhaladores, antitérmicos y Levofloxacino. A las 72 horas acude nuevamente a urgencias por empeoramiento del estado general, persistencia de fiebre, disnea de esfuerzo y dolor torácico. La analítica es similar a la previa, Gasometría con leve hipoxemia pero presenta marcado empeoramiento radiológico, se realizó TAC torácico. Antígenos en orina de Legionella y St. Neumoneae negativos, antígenos de Influenza A y B negativos. Se ingresa para estudio y tratamiento. Durante el ingreso se realiza PCR de Adenovirus, siendo esta positiva.

Conclusiones:

Paciente que fue tratado inicialmente como neumonía de la comunidad, sin mejoría clínica y empeoramiento radiológico, con diagnóstico definitivo de neumonía por adenovirus.

A-1150

CEFALEA COMO SÍNTOMA PREMONITORIO DE ICTUS ARTERIA VERTEBRAL, ¿DUELEN LOS ICTUS?

A Rando Jiménez, MI Correa Rosales, J Pacheco Sanjuan

Hospital Regional Universitario de Málaga

Palabras clave: ictus, trombectomía, trombolisis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón 46 años con antecedentes de insomnio y distimia en tratamiento con paroxetina y lormetazepam desde hacia 2 años, economista sometido a intenso estrés laboral. Consulta en 14 días 2 veces en urgencias por cefalea occipital opresiva sin otra sintomatología, en la 1ª consulta fue diagnosticado de cefalea tensional. En la 2ª consulta se realizaron pruebas complementarias: analítica, electrocardiograma, radiografía de tórax y TAC craneo, todo sin hallazgos, fue alta con analgesia y técnicas de relajación. A los 3 días de la segunda visita, sufre cuadro sincopal en su lugar de trabajo asociado a hemiplejía derecha y disartria, es derivado a Urgencias como protocolo código ictus. A su llegada TA 135/95 FC 70 lpm rítmico, Glasgow 9, hemipléjico derecho, disártrico, Afectación VI y VII par craneal derecho NIHSS 16, se realiza TAC de craneo que es normal realizándose Angiotac de tronco supraaórticos que evidencia trombo de 35 mm a nivel de arteria vertebral izquierda.

Conclusiones:

Las oclusiones arteriales cerebrales pueden ser de circulación anterior (arteria carótida y cerebral media aportan 80% circulación cerebral) o circulación posterior (arteria vertebral y basilar, aportan 20%). Las opciones terapéuticas en este caso eran dos, trombolisis intravenosa (estábamos en tiempo <4.5 horas y no había contraindicaciones) o intervencionismo neurovascular (trombectomía) decidiéndose por esta técnica ya que teníamos una oclusión completa de vaso mayor. Las indicaciones de la trombectomía respecto a trombolisis son: ictus isquémicos de mayor tiempo de evolución, o cuando existen criterios de exclusión para trombolisis intravenosa (iv) o hay una oclusión demostrada de vaso mayor, hasta 6-8 horas tras el ictus, según las guías. En caso de ictus producidos por oclusión de la arteria basilar, la ventana terapéutica es mucho más amplia, pudiendo llegar a las 48 horas en el caso de ictus progresivos. El intervencionismo neurovascular asocia una mayor tasa de recanalización comparada con la obtenida con trombolisis iv en especial en los casos de oclusiones de las arterias proximales, puede emplearse además como tratamiento de rescate en casos en los que no se obtiene una recanalización tras trombolisis.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1151

MENINGITIS DE REPETICIÓN CAUSADA POR SINUSITIS AGUDA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

M Linares Antón (1), V Sánchez Ferrández (1), A Gómez Martínez (2), M Malia Pérez (2), L Velasco Elizondo (3), R Amora Hernández (4), S Velásquez Díaz (4)

(1) Centro de Salud Petrer 1, (2) Centro Salud Marina Española, Elda, (3) C. auxiliar Avenida de Sax, Elda, (4) Centro Salud Acacias, Elda. Alicante

Palabras clave: meningitis, bacterial, frontal sinusitis, vomiting

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 39 años de edad intervenida a los 14 años de tumor benigno craneal y con varios ingresos previos por encefalitis secundaria a sinusitis (2012, 2014) que acudió a urgencias por presentar cuadro de cefalea intensa, vómitos, agitación y no respuesta a estímulos verbales de un día de evolución sin fiebre asociada. Días previos había estado en tratamiento con antibióticos por cuadro de gripal. A la exploración física, se objetiva a la paciente consciente y desorientada, sin colaboración ante estímulos verbales, salvo retirada de extremidades con estímulos táctiles. Durante su estancia en urgencias, se realizó analítica urgente, radiografía de tórax, punción lumbar (PL) y tomografía axial computerizada (TAC). En la TAC urgente se apreció, deformidad de área central de fosa craneal anterior con desplazamiento izquierdo de apofisis crista galli y pequeña solución de continuidad en región de lámina cribiforme derecha en relación con cirugías previas de la paciente. Ante la agitación que presentaba la paciente, se precisó de anestesiista de guardia para realización de PL, de la que se obtuvo líquido de aspecto turbio y que se informó como leucocitos 3.150L/mmc, PMN 95%, linfocitos 5% y proteínas 143,4mg/dL. Así pues, ante la sospecha de nuevo episodio de meningitis aguda, se inició tratamiento antibiótico, se contactó con unidad de cuidados intensivos que aceptó el ingreso de la paciente.

Conclusiones:

En todo paciente con clínica sospechosa de meningitis se ha de indagar de manera concienzuda en la historia clínica. Se pretende con ello, la búsqueda de antecedentes desencadenantes para esta patología dado que las meningitis recurrentes son la forma menos frecuente, aunque no por ello despreciable en su prevalencia. Por todo ello, la principal guía diagnóstica se basará en una completa historia clínica del paciente.

A-1152

PALUDISMO Y COMORBILIDAD. UN VIAJERO CON EQUIPAJE

B Sánchez Álamo, J Puerma Ruiz

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

Palabras clave: paludismo, fiebre, *Plasmodium falciparum*

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 38 años, natural de Guinea Ecuatorial con antecedente de infección por VIH en seguimiento irregular en consultas con incumplimiento del tratamiento antiviral. Acude al Urgencias refiriendo síndrome febril de 24 horas de evolución con tiritona, malestar general, astenia, anorexia y cefalea intensa holocraneal de instauración progresiva, que empeora al cerrar los ojos. Menciona vómitos de aspecto bilioso con nula ingesta y dolor lumbar bilateral no irradiado. Además cuenta un síncope con prodromos de debilidad generalizada. Cuenta que regresó hace dos semanas de Guinea, permaneciendo allí asintomática. Exploración física: mal estado general, taquicardia, fiebre (39.9°C) con sudoración profusa. Esplenomegalia leve, puño percusión renal derecha dudosamente positiva, resto anodino. Analítica: hemograma: pancitopenia con leucocitopenia (3.250), linfopenia y plaquetopenia (43.000), hemoglobina 8.90 g/dL. Bioquímica: hiperbilirrubinemia 1.70 mg/dL, hipopotasemia e hipomagnesemia, PCR 106.70 mg/L. Coagulación: TP 13.34 segundos, Fibrinógeno derivado 540.30 mg/dL El resto en rangos normales. Los hemocultivos resultaron negativos y se solicitó gota gruesa, con resultado positivo, detectándose Ag de *Plasmodium falciparum* positivo con parasitemia 1%. Ecografía abdominal: Hepatoesplenomegalia, porta aumentada de calibre. Evolución: En las primeras horas la paciente presenta hematuria franca con anemización (Hemoglobina 7.50 g/dL), precisa sondaje urinario, lavados, transfusión de dos concentrados de hemáties y una ampolla de vit. K. El urocultivo resultó positivo para *E. Coli* multirresistente. La paciente ingresa en Medicina Interna y evoluciona favorablemente con hidratación, suplementos de potasio y magnesio, antitérmicos y tratamiento con Eurartesim y cefalosporinas.

Conclusiones:

Diagnóstico final: Paludismo por *P. falciparum* (con anemia multifactorial, leucotrombopenia y alteración de coagulación secundaria). Pielonefritis aguda por *E. coli*. A pesar de que el paludismo se erradicó en España y actualmente todos los casos proceden de áreas endémicas, los casos van en aumento por el auge de los viajes internacionales. La coexistencia del paludismo con otras enfermedades puede condicionar sus manifestaciones clínicas. En este caso la leve parasitemia que presentaba (<1%) no se correspondía con la florida clínica que manifestaba, ya que se debía principalmente a pielonefritis. Es necesario por tanto, realizar una cuidadosa anamnesis, ahondar en el diagnóstico y plantearse la aparición de enfermedades concomitantes que puedan empeorar la situación clínica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1153

NO TODAS LAS LESIONES CUTÁNEAS SON LO QUE PARECEN

E Culpíán Arias, M Guzmán Ruiz, MJ Momblan García, N Fernández de Cañete, A Serrano Heras, MA López García, CF Cara Ligero

Hospital San Agustín. Linares, Jaén

Palabras clave: lesiones cutáneas, crisis hipertensiva, síndrome vena cava superior

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

E.A.: varón de 61 años que acude nuevamente al servicio de urgencias por crisis hipertensiva (TA 200/100mmHg). El día anterior por lesiones urticariformes que se achacaron al inicio de tratamiento con inhaladores por lo que se pautó tratamiento con prednisona 30 mg. Refiere además disnea de moderados esfuerzos de unos dos meses de evolución acompañada de tos, pérdida ponderal no cuantificada y disminución del apetito. No fiebre termometrada. Exfumador desde hace unos 5 años E.F.: -Tensión Arterial 200/100 -Edema facial y en cuello. Circulación colateral en tórax -ACR: normal -Extremidades Inferiores: normal -Esclerodactilia -Exploración Neurológica: normal. Pruebas Complementarias: Hemograma y coagulación: normal -Bioquímica: sodio 115 mg/dl -EKG: normal -Rx de Tórax: ensanchamiento mediastínico superior -TAC torácico y abdominal con contraste: derrame pericárdico moderado. Conglomerado de hasta 10 cms. ocupando todos los espacios del mediastino comprimiendo cava superior y el tronco braquiocéfálico con circulación colateral en cuello y tórax con retorno por el sistema hemiacigos derecho, en relación con síndrome de vena cava superior. También compresión extrínseca de troncos supraórticos. Hallazgos en relación con un Linfoma Burkitt. EVOLUCIÓN: Ante la sospecha de Linfoma Burkitt, Interconsulta a Hematología: consideran prioritario diagnóstico mediante biopsia de adenopatía antes de iniciar tratamiento. PLAN DE ACTUACIÓN: Se deriva a Jaén al Servicio de Medicina Interna para completar estudio: Mediastinoscopia con biopsia ganglionar: sin evidencia morfológica ni inmunohistoquímica de malignidad. Broncoscopia: en bronquio derecho, porciones superficiales de epitelio bronquial y mínima representación celular de una posible neoplasia epitelial de célula pequeña. JUICIO CLÍNICO: Síndrome Vena Cava Superior. Cáncer Microcítico Pulmonar. Hiponatremia por SIADH secundario a patología tumoral.

Conclusiones:

Se trata de un caso de síndrome de la vena cava superior que se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas derivados de la obstrucción de la vena cava superior (VCS), tanto obstrucción intrínseca (trombosis de la VCS) como compresión extrínseca (cualquier masa localizada en el mediastino medio o anterior de predominio derecho, como serían adenopatías para-traqueales derechas, linfomas, timomas, neoplasias, procesos inflamatorios o un aneurisma de aorta) que ocasiona un aumento de la presión venosa en la parte superior del cuerpo. Normalmente el síntoma más frecuente y precoz es la disnea, seguida de la tríada clásica: edema en esclavina, cianosis facial y circulación colateral.

A-1154

NEUTROPENIA FEBRIL

M Córcoles Vergara, N Rodríguez García, MC Quesada Martínez

Hospital Universitario Reina Sofía. Alicante

Palabras clave: Parvovirus B19, neutropenia, fiebre

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 28 años. No AMC. Presenta sensación distérmica acompañado de mal estar general desde hace una semana. En tratamiento desde el inicio del cuadro con tratamiento antipirético sin mejoría. En el S. Urgencias se realiza analítica sanguínea, objetivando neutropenia severa de 70cel/microlitro. Se realiza aislamiento e inicio de antibioterapia empírica (Meropenem y Vancomicina) e ingreso en Medicina Interna donde inician tratamiento con y factor estimulante de colonias de granulocitos. EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración física: TA125/85, FC 75 lpm. 38 °C. Sat 98%. Adenopatías submandibulares de $\approx 1\text{ cm}$, rodaderas, no adheridas a planos inferiores. Faringe: placa pultácea amigdalar derecha. Resto exploración física anodina. Analítica al ingreso en medicina interna: Bioquímica normal. Hemograma: leucocitos 1450(0%N) resto normal. Coagulación normal. Estudio toxicológico: negativo. Radiografía tórax y abdomen normal. Serología VHB, VHC, VIH, CMV, VEB, Toxoplasma, Salmonella, Paramixovirus, Parvovirus B19 IgM IgG negativos. Parvovirus B19: positivo. Autoinmunidad y complemento normal. Sangre periférica: No alteraciones morfológicas en serie blanca. Neutropenia muy severa con linfopenia. Aspirado de médula ósea: Agranulocitosis con ambiente medular reactivo. JUICIO CLÍNICO: Neutropenia por infección de Parvovirus B19 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Fármacos: penicilinas, cefalosporinas, fenilbutazona, drogas, levamisol, antitiroideos, antiarritmicos, clozapina. Enfermedades de médula ósea como aplasias, leucemias, síndrome mielodisplásico. Causa infecciosa: virus del Sarampión, Parvovirus, Rubeola, Varicela, VHC, VHC y VIH. Bacterias: TBC, Salmonella, Brucela, neumococo. Protozoos: Paludismo, Leishmania, Toxoplasma. Carencial: anemia perniciosa, malnutrición y alcoholismo.

Conclusiones:

La infección por Parvovirus B19 (PVB19) puede manifestarse como fiebre, lesiones cutáneas, artritis, alteraciones hematológicas o hidropesía fetal. Las manifestaciones hematológicas de la infección por PVB19 suelen corresponder a diferentes formas de anemia, trombocitopenia y pancitopenia. La leucocitopenia suele ser leve y habitualmente acompaña a las alteraciones de las otras series. La infección por Parvovirus B19 debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de leucopenia y neutropenia en adultos sanos. La leucocitopenia con preservación inicial de la serie roja y plaquetaria corresponde posiblemente a una etapa evolutiva incipiente de la infección por PVB19, en la que la afección de la serie blanca precede a la de la serie roja. Ante hallazgos de esta índole hay que tener en cuenta las posibles etiologías de dicho cuadro, entre ellas PVB19.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1155

LAS ESCALAS SÓLO AYUDAN

MF Barcones Molero (1), JE Alonso (2), O Ortigosa (2), B Povar (2), I Sauras (3)

(1) Centro de Salud Torre Ramona, Hospital Universitario Miguel Servet, (2) Urgencias. Hospital Universitario Miguel Servet (3) Centro de Salud Torre Ramona. Zaragoza

Palabras clave: neumonía, sepsis, escalas

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 42 años que comienza hace 3 días con dolor en hemitórax izquierdo de tipo pleurítico acompañado de tos y sensación distérmica. Es remitida al hospital de referencia por disnea de medianos esfuerzos, persistencia del dolor torácico pleurítico, tos pertinaz con expectoración rosácea y fiebre alta (39°) con escalofríos. Se realiza nueva radiografía de tórax persistiendo la condensación en LSI y en LSD. Las imágenes nodulares en LSI y LSD objetivadas en la primera radiografía correspondían a pequeños infiltrados en su fase inicial, lo cual queda patente al ver la evolución radiológica. Exploración general: TA 96/61 mmHg Fc 120 lpm T° 37°C SO₂ 99% Fr 20 rpm. Consciente y orientada. Bien hidratada y perfundida. Taquipnea sin uso de musculatura accesoria. No ingurgitación yugular. Auscultación pulmonar: crepitantes en región antero-superior de ambos hemitórax. Soplo tubárico en campo superior izquierdo. Roncus dispersos. Auscultación cardíaca: taquicardia rítmica sin soplos. Abdomen y extremidades inferiores: anodino. Pruebas complementarias. analítica: Creatinina 1.23/ Urea 70/ Glucosa, Iones, GPT y bilirrubina normales / Hemograma: serie roja y plaquetas normales, Leucocitos 6.200 (N 84% L 11% M 4% C1%) / Procalcitonina 4.3 / PCR 399 / INR 1.26. Gasometría arterial basal: pH 7.4, pO₂ 77, pCO₂ 30, Bicarbonato 18.6, Lactato 1.5 mg/dL Se cursan 2 hemocultivos (en uno creció *Streptococo Epidermidis* y el otro fue negativo). Antigenuria: *Pneumococo* Ag. POSITIVO Tratamiento en Urgencias: ? Levofloxacino 500 mg IV ? Ceftriaxona 2 g IV Se aplicaron las escalas de FINE y CURB-65 obteniéndose puntuaciones bajas. La paciente es joven, sin patología de base, la TAS está por encima de 90 mmHg, la Fr por debajo de 30 rpm, la Fc no supera los 120 lpm, la pO₂ por encima de 60 mmHg. De todos los ítems que se contemplan sólo la función renal está ligeramente afectada -> Urea: 70 equivale a BUN: 32.67. Pasadas unas horas: la paciente presenta aumento de trabajo respiratorio precisando O₂ al 35% para mantener SO₂ por encima de 90%. Y a su vez hipotensión (TA 80/50).

Conclusiones:

Los scores de predicción son sólo herramientas de ayuda para estimar gravedad de NAC. Nunca reemplazan al juicio clínico para la toma de decisiones.

A-1156

ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA BILATERAL DE MMII

L Manjón Torres, Y Al Adib Mendiri, S Benítez Moreno, C Barroso Recasens, P Gantes Nieto, L Román Jiménez

SCCU Hospital de Valme. Sevilla

Palabras clave: isquemia, arterial, trombosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 78 años con antecedentes personales de HTA, DM tipo2, DLP, FA permanente anticoagulada con sintrom. Portador de marcapasos por Sd Bradi-taqui en 1998. Intervenido hace unos días de prótesis de cadera izquierda por coxartrosis. Acude por cuadro de 5-6 horas de evolución de inicio súbito caracterizado por paraparesia, frialdad y dolor incoercible de mmii. Se realiza angiotac urgente confirmando trombosis de la aorta infrarrenal y de ambas ilíacas comunes secundaria a una embolia termino-aortica, provocando una isquemia aguda bilateral severa e isquemia medular a dicho nivel. Se realiza intervención quirúrgica urgente con trombectomía de ambas ilíacas y de aorta infrarrenal. Evolución favorable con recuperación parcial progresiva de movilidad de MMII. Se objetivan malos controles previos de anticoagulación en apciente de alto riesgo trombotico (Fibrilación auricular y reposo por intervención quirúrgica reciente), por lo que se plantea retirar sintrom y sustituir por nuevos anticoagulantes orales. Alta a domicilio y seguimiento por parte de rehabilitación y cirugía vascular.

Conclusiones:

Paciente mal anticoagulado con acenocumarol, con malos controles previos que sufre trombosis de aorta infrarrenal y de ambas ilíacas comunes secundaria a embolia, que es candidato a nuevos anticoagulantes ya que no precisan controles.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1157

CEFALEA Y EMBARAZO, LA IMPORTANCIA DE UN BUEN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

J Castillo Aznar, J Domingo Delgado, L Viguera Fernández,
E Tres Ritterbach, C Garcés San José, V Abadía Gallego

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Palabras clave: headache, pregnant, meningitis

Historia clínica:

La cefalea supone entre 1-4% de los pacientes que acuden a los servicios de urgencias, la mayoría no revisten gravedad y son dadas de alta tras ajuste de tratamiento analgésico si presentan síntomas de alarma se deben realizar pruebas complementarias además de hacer incidencia en la historia clínica. CASO CLÍNICO: Mujer 38 años, gestante de 19 semanas, alérgica a Aniskis, antecedente de hipotiroidismo tratado con Levotiroxina 75 mg diarios, acude al servicio de urgencias remitida por su médico de atención primaria, tras relatar cefalea de 24 horas de evolución, febrícula de 37,5° y vómitos aislados, niega clínica de infección de vías respiratorias altas ni toma de antibióticos los días previos. A la llegada TA 107/52 FC 81 lpm T° 37,4°C. Consciente, orientada, Glasgow 4-5-6, exploración cardiopulmonar, abdominal y neurológica normales, sin rigidez nuchal y signos meníngeos negativos. Valorada por Ginecología exploración y ECO ginecológica normales. Valorada por Oftalmología realiza fondo de ojo con papilas bien delimitadas y sin papiledema. Hemograma 8300 leucos con 82% neutrófilos, PCR 2,34 y Procalcitonina 0,03, coagulación sin alteraciones. Se realiza punción lumbar bajo anestesia local con salida de LCR claro con presión 17 cm H₂O enviándose muestras a bioquímica y microbiología (bacterias y virus PCR). LCR 270 células, 84% linfocitos, 16% segmentados, 30 hematíes, proteínas 0,7, se inicia tratamiento sintomático y cobertura con ceftriaxona y ampicilina hasta resultados de cultivos. Ingresa en Infecciosos mostrando evolución favorable, y es dada de alta 3 días después con diagnóstico de Meningitis aguda por Enterovirus tras recibir resultado de microbiología de LCR: RNA de enterovirus por PCR positivo, aislamiento de enterovirus no polio y hemocultivos negativos.

Conclusiones:

La mayoría de las meningitis linfocitarias, principalmente las de evolución aguda y benigna, están producidas por virus siendo los más comúnmente implicados los enterovirus. Es en los servicios de urgencias donde debemos incidir en la realización de una buena historia clínica y una correcta exploración física para solicitar las pruebas complementarias que confirmen nuestra sospecha diagnóstica y permitan establecer el tratamiento más adecuado para nuestros pacientes. A pesar de un correcto tratamiento el desenlace puede no ser favorable tanto para la madre como para el feto.

A-1158

VIRUS INFLUENZA A (H1N1) COMO CAUSA DE NEUMONÍA COMUNITARIA GRAVE

A Fernández Cuervo, O González Aleman,
S Álvarez-Ossorio Cisneros, V Reina Lora

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Palabras clave: insuficiencia respiratoria, virus influenza A H1N1, neumonía

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón, 66 años, fumador, HTA, como únicos antecedentes destacables. Presenta cuadro de fiebre, tos con expectoración purulenta y disnea de 3 días de evolución acudiendo al servicio de Urgencias. A su llegada, se encuentra con regular estado general, uso de musculatura accesoria, TA 100/70mmHg, FC 120 lpm, SatO₂ 82%, 39°C. Auscultación pulmonar con roncus generalizados y crepitantes bibasales. Pasa a área de observación donde se inicia oxigenoterapia con mascarilla de alto flujo mejorando hipoxemia a 92% y sueroterapia. Se realizan las siguientes pruebas complementarias: Analítica: urea/creat 78/0.9 mg/dl, sodio 144 mg/dl, potasio 4.05 mg/dl, LDH 306 mg/dl, Ck 68 mg/dl, PCR 263 mg/dl, PCT 0,8 mg/dl. Hgb 15,3 mg/dl, leucocitos 2050 (65%PMN), plaquetas 108000mg/dl, INR 1.2, AP 65%, TPTA 27seg. Gasometría arterial pH 7.38, Co₂ 49, HCO₃- 21. Radiografía de torax con infiltrados bilaterales multilobares. Electrocardiograma con taquicardia sinusal a 125 lpm, sin alteraciones en la repolarización. Se inicia antibioterapia con ceftriaxona, levofloxacino y corticoterapia ante la sospecha de neumonía comunitaria grave. Se extraen cultivos de sangre, orina, esputo, antígeno de neumoco y legionosa en orina y PCR para Gripe. A las dos horas, presenta empeoramiento clínico franco, con hipoxemia 80%, aumento del trabajo respiratorio y somnolencia. Se extrae gasometría pH 7,20 y Co₂ 67 iniciándose ventilación mecánica no invasiva con IPAP 14 / EPAP 8, Nos avisan del servicio de microbiología por resultado positivo para Gripe A añadiéndose tratamiento con oseltamivir. y se establecen medidas de aislamiento aéreo y contacto. En las horas siguientes, se encuentra mas reactivo, pero continua con satO₂ en 86%, se aumenta EPAP mejorando progresivamente satO₂, ingresando a cargo de Cuidados Intensivos.

Conclusiones:

La infección por el virus influenza A (H1N1) puede ser causante de infecciones respiratorias graves. El diagnóstico diferencial entre un proceso bacteriano o vírico como causa de neumonía es complicado. Ante la sospecha, es preciso solicitar precozmente la PCR para gripe e iniciar tratamiento antiviral y las medidas de aislamiento adecuadas. El manejo adecuado de VMNI tiene notables beneficios mejorando oxigenoterapia y trabajo respiratorio evitando en muchos casos ventilación invasiva.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1159

TRUE BLOOD

C Hidalgo Collazos, R Rodríguez Calveiro, RF Beijinho Do Rosario, B García Marina, L Cano Alcalde

Hospital Infanta Leonor. Madrid

Palabras clave: endocarditis, hemocultivo, fiebre

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente mujer, de 88 años, traída por su hija a urgencias por fiebre de hasta 39°C, desorientación con alteración del comportamiento y emisión de un vómito oscuro. Como antecedentes personales, era alérgica a Cloxacilina, hipertensa, diabética y dislipémica. Había presentado cólicos biliares en varias ocasiones y como antecedentes quirúrgicos destacaba una cirugía por cistocèle y una herniorrafia umbilical. Inicialmente, la paciente se encontraba hemodinamicamente estable y febril a su llegada. A la exploración únicamente destacaba un soplo sistólico aórtico y mitral (descrita Insuficiencia mitral y Estenosis Aórtica en ecocardiograma previo). Dos lesiones de aspecto necrótico en segundo dedo de pie izquierdo. Resto de exploración por aparatos, sin alteraciones. Se solicitan pruebas complementarias. En analítica 24.000 leucocitos, con predominio de neutrófilos (93%), PCR 33.4 (normal <5), iones, enzimas hepáticas y pancreáticas normales, bilirrubina normal. Sedimento de orina y radiografía de tórax sin alteraciones. Se envían dos parejas de hemocultivos. Dados los antecedentes de la paciente (diabética, cólicos biliares de repetición, fiebre y vómitos) se decide ampliar estudio con TAC abdominopélvico que descarta colecciones, colecistitis u otra patología intraabdominal. A lo largo del día, la paciente comienza con cifras tensionales con TAM <165 y persiste febril, y avisa laboratorio de crecimiento de un coco gram positivo. Se inicia sueroterapia intensa y antibioterapia empírica con Ceftriaxona. En las horas posteriores la paciente presenta mejoría clínica, quedando afebril y mejorando el estado de desorientación. Confirma laboratorio que se trata de un Enterococo sensible a penicilina. Se avisa a Cardiología ante la sospecha clínica de Endocarditis por Enterococo (un criterio mayor de Duke 2 hemocultivos positivos, un criterio menor fiebre, y soplo sistólico eyectivo tanto en foco aórtico como mitral). Se programa ecocardiograma transesofágico. Se inicia cobertura antibiótica con Daptomicina y Fosfomicina. Ingresa en planta, donde se confirma el diagnóstico de sospecha.

Conclusiones:

Es imprescindible la toma de hemocultivo ante un paciente con fiebre sin claro foco.

A-1160

FIEBRE ONDULANTE Y LUMBALGIA

A Casal Calvo, H Alonso Valle, A Asturias Saiz, JL Cepeda Blanco, A Aldama Martín, M Santos Gravalosa, A Azagra Calero

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras clave: brucelosis, Rosa Bengala, fiebre

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 70 años que acude a urgencias por fiebre ondulante de hasta 38° y malestar general de 10 días de evolución. Como antecedentes médicos de interés únicamente destaca lumbalgia crónica con discopatía L4-L5. No refiere disnea, tos ni expectoración, alteraciones gastrointestinales ni clínica miccional. EF: T° 37.9, TA 140/85, FC 110, sat 97%. No se palpan adenopatías. ACP rítmica sin soplos, buena ventilación sin ruidos sobreañadidos. Abdomen anodino. No edemas en extremidades ni signos de TVP. Se solicitan las siguientes Pruebas complementarias: Analítica con valores normales a excepción de PCR de 12. EyS normal. Rx Tórax sin hallazgos patológicos. ECG: RS A 55 lpm sin alteraciones. Reinterrogando al paciente, comenta que se dedica al cuidado de ganado bovino y que toma leche no pasteurizada. Además refiere incremento de su lumbalgia habitual con irradiación a cadera e ingle derecha, por lo que se explora el aparato locomotor objetivando dolor a la palpación de apófisis espinosas L1 a L5 y maniobras sacroiliacas positivas. Ante la sospecha de Brucelosis, se solicita Serología para Brucella, con test rápido de Rosa de Bengala positivo. Dado el antecedente epidemiológico claro, la clínica compatible y el rosa de Bengala positivo se establece el diagnóstico de Brucelosis, por lo que se inicia tratamiento con doxiciclina y rifampicina e ingresa para completar estudio y control evolutivo.

Conclusiones:

La brucelosis humana es una zoonosis de declaración obligatoria en España. Su incidencia ha disminuido gracias a las campañas de saneamiento ganadero, actualmente es de 0,22 casos/100.000/año. Está asociada al contacto con animales infectados y al consumo de leche y productos lácteos sin control sanitario. Dado que las manifestaciones clínicas son inespecíficas (fiebre, sudoración profusa, anorexia, lumbalgia), cobra mayor importancia realizar una anamnesis detallada que incluya aspectos laborales, viajes y consumo de alimentos de riesgo. El diagnóstico definitivo se realiza por aislamiento bacteriológico, generalmente por hemocultivos. Las pruebas serológicas son de gran importancia, las tres principales son el Rosa de Bengala, una prueba de aglutinación rápida con una sensibilidad y especificidad muy elevadas, la seroaglutinación de Wrights y la prueba de Coombs. La negatividad de las tres pruebas prácticamente excluye el diagnóstico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1161

CERVICALGIA Y DOLOR TORÁCICO

I Contreras Lovera, G Moratalla Gellida, H Ducet Texeira,
M Ávila Naranjo, J Zorrilla Rivero

Fundación Althaia Manresa. Esplugues de Llobregat, Barcelona

Palabras clave: tuberculosis, cervicalgia, dolor torácico

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 28 años de edad natural de Republica de Guinea sin AP de interés que refiere clínica de 3 meses de evolución dolor costal bilateral de características osteomusculares agregando cervicalgia motivo consulta a su MAP indicando tto sintomático. Consultó al SUH 7/12/2016 por la misma clínica siendo orientado como dolor torácico osteomuscular posterior a realización de Rx y analítica. Un mes después la paciente reconsulta al SUH por persistencia de la clínica explicando pérdida de peso de 20 Kg en el último mes y alteraciones la marcha. En esa valoración se realiza desde urgencias analítica, Rx de torax, TAC craneal y punción lumbar con discreta proteinorraquia. Se orienta como probable mielopatía vs enfermedad desmielinizante y se ingresa para el servicio de Neurología. Durante el ingreso se solicita RM Cervico-dorsal se evidenció: signos de compresión medular a nivel de T2, T3 y T4 por masa que invade el canal medular compatible con metástasis de probable origen pulmonar (Masa en LSD) con componente paravertebral anterior. Imágenes sugerentes de metástasis ósea vertebrales y costales. Ante estos hallazgos se solicitó broncoscopia urgente y TAC toracoabdominal, para descartar neoplasia pulmonar con metástasis múltiples. El TAC torácico fue sugestivo de TBC y de la broncoscopia fue positiva la PCR para M. TBC. El informe de TAC y RM columna informan de Tuberculosis pulmonar cavitada + TBC con espondilodiscitis D2-D3 con componente epidural anterior que condicional mielopatía por compresión y gran masa paravertebral anterior de C6a D4 y extensión a mediastino superior. También afectaciones somáticas en cuerpos vertebrales dorsales, lumbares, sacro e iliaca izquierda afectadas por TBC. La paciente se encuentra ingresada actualmente en planta en tío qx por parte del servicio de COT mas tío médico para la TBC.

Conclusiones:

La dificultad del caso es la clínica inespecífica que refería la paciente. Un punto clave para el diagnóstico de TBC es la procedencia de la paciente pero en la Rx de tórax no se evidencia lesión típica de TBC y la paciente no explicaba clínica respiratoria, aun así se sospecha solicitando ADA en el LCR desde urgencias siendo reportado normal.

A-1162

NEUMONÍA ABSCESIFICANTE PULMONAR

FJ Rosa Úbeda (1), P Lara Cachinero (1), J Pedraza García (1),
MA Aguayo López (1), F Rico Rodríguez (1), A López Sánchez (1),
FJ Vara Morate (2)

(1) Hospital Valle de los Pedroches. Pozoblanco, Córdoba, (2) HARE
Alto Guadiato de Peñarroya-Pueblonuevo. Córdoba

Palabras clave: neumonía, absceso pulmonar, cavitación

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 77 años con historia previa de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, cardiopatía isquémica revascularizada con 5 stents, anemia ferropénica, en tratamiento con torasemida 2,5 mg, carvedilol 25 mg, nitroglicerina 5 mg parche, meformina 850 mg, simvastatina 20 mg, AAS 150 mg, clopidogrel 75 mg, ranitidina 300 mg, sulfato ferroso 256,3 mg. Presenta disnea progresiva desde hace 15 días que se ha hecho de mínimo esfuerzo, coincidiendo al inicio con tos con expectoración escasa y rinorrea acuosa. Ocasionalmente ha presentado palpitaciones autolimitadas al realizar algún esfuerzo o cambio postural. No fiebre, dolor torácico, edemas ni recorte de diuresis. Destaca buen estado general, consciente, normohidratada y normoperfundida. Discreta palidez mucocutánea. Eupneica en reposo y tolera decúbito, con tensión arterial 119/78 mm Hg, 77 latidos por minuto, temperatura axilar 36,6°C, saturación de O₂ 91%. La auscultación cardiopulmonar presenta hipoventilación en base derecha. Abdomen y extremidades sin hallazgos. El electrocardiograma presentaba signos de sobrecarga sistólica de ventrículo izquierdo, analítica con hiperglucemia (358 mg/dl), leucocitosis (13.250) con neutrofilia y anemia microcítica hipocrómica (7,2 g/dl). VSG: 104 mm. Gasometría arterial basal sin hipoxemia. Antigenuria para legionella negativa. En la radiografía simple de tórax destaca imagen cavitada con nivel hidroaéreo en su interior de localización paracardiaca derecha, pinzamiento del seno costofrénico derecho con infiltrado que borra silueta diafragmática. Tras administrar contraste oral (gastrografin), no existe comunicación de la cavitación con el tubo digestivo, descartándose hernia de hiato. Con la sospecha clínica de neumonía complicada con absceso pulmonar se realizó TAC tórax que evidenciaba condensación alveolo-intersticial de lóbulo medio e inferior derecho con imagen redondeada cavitada con nivel hidroaéreo, hallazgos que sugieren proceso inflamatorio pleuropulmonar con absceso parenquimatoso. Se realizó serología infecciosa diferida para hidatidosis y baciloscopia para micobacterias negativa. JUICIO CLÍNICO: Neumonía abscesificante de lóbulo medio e inferior derecho. La evolución tras iniciar antibioticoterapia combinada de amplio espectro es favorable, permaneciendo afebril y estable hemodinámicamente, con desaparición de la imagen cavitada. Preciso transfusión de hemoderivados, no necesitando oxigenoterapia al alta.

Conclusiones:

Las lesiones pulmonares cavitadas incluyen una etiología y tratamiento variado (infecciosa, neoplasia, conectivopatías, miscelánea), lo que dificulta y hace importante la labor del urgenciólogo.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1163

¡NO TODO ES MOCO!

DG Buitrón Cabrera, AM Gallur Martínez, AR Uribe Matthews, S Aznar Cantín, H Erroiz, MA García Sol de Villa

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid

Palabras clave: sinusitis, parálisis facial, absceso cerebral

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Antecedentes Personales: No alergias conocidas. Transposición de grandes vasos corregida a los 3 años. Insuficiencia tricuspídea ligera, Función sistólica normal. Poliglobulia. Desprendimiento de retina hace 6 años. Apendicectomía. Tratamiento: Aldactone 25mg (2-0-0). Vida activa. Enfermedad Actual: Varón de 43 años, inicia hace 1 mes con sinusitis, tratado con dos ciclos completos de antibióticos en 15 días por persistencia de síntomas, con mejoría parcial de clínica, pero persistencia de rinorrea (hialina). Hace 6 días, se asocia parestesias en hemicara izquierda, desviación de la comisura labial, exoftalmos bilateral e imposibilidad para el cierre del párpado izquierdo. Fue a Urgencias diagnosticándose Parálisis de Bell. Inició corticoterapia, sin mejoría de parestesias. Hace 24 horas, debuta con parestesias en brazo izquierdo. Acude hoy a médico de cabecera quien deriva. En sala de espera de Urgencias presenta movimientos clónicos en (Miembro Superior Izquierdo) MSI, desviación de la mirada conjugada a la izquierda, no relajación de esfínter y período post crítico. Compatibles con crisis parcial Exploración física: TA: 160/90 mm/Hg, FC: 147 / min, Saturación basal: 90%. Escala Glasgow: 14. Regular estado general, afebril, hidratado, cianosis leve. Neurológico: consciente, orientado, bradipsíquico, tendencia al sueño. Leve disartria, parálisis facial izquierda con desviación comisural a la derecha, pupilas isocóricas y normoreactivas, exoftalmos derecho con pérdida de agudeza visual. Monoparesia braquial izquierda de predominio proximal. Hipoestesia marcada en MSI. Resto sin alteraciones. Pruebas complementarias: Analítica: leucocitosis con desviación izquierda, poliglobulia, hiperpotasemia, acidosis metabólica, lactacidemia. Tomografía Craneal tras administrar Contraste Intravenoso: dos lesiones hipodensas con realce en anillo que parecen comunicarse entre sí. Ventrículo derecho discretamente colapsado. Hallazgos sugestivos de absceso cerebral. Diagnóstico Diferencial: a) Parálisis facial periférica/central. b) Absceso por Diseminación hematógena/contigüidad/ inoculación directa. Diagnóstico: 1. Absceso Cerebral. 2. Sinusitis complicada.

Conclusiones:

Tras derivación y drenaje quirúrgico de absceso cerebral secundario a sinusitis complicada, presenta hematoma epidural intervenido quirúrgicamente. Luego evolución favorable. Secuela neurológica: hemiparesia izquierda de predominio en MSI. Actualmente de alta. Vida activa.

A-1164

INFECCIÓN RESPIRATORIA PERSISTENTE

S Renau Solaz (1), D Bueno Claros (1), JA Marín Serral (1), T Forcadell Arenas (2), A Riaño Montalvo (1), S Murciano Martí (1), JM Carrera Ortiz (1)

(1) CAP Deltebre, (2) CAP Temple. Castellón de la Plana

Palabras clave: tuberculosis, diagnóstico diferencial, enfermedades respiratorias

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente que acude a urgencias por fiebre elevada de 40°C y tos con expectoración mucopurulenta de un mes de evolución que no mejora con antibioticoterapia. Refiere pérdida de peso en el último mes no cuantificado. Acudió a consulta de atención primaria varias veces durante ese mes por la misma clínica iniciándose amoxicilina-clavulánico, tras no mejorar a los 14 días acudió de nuevo a atención primaria, decidiéndose iniciar tratamiento con levofloxacino. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Natural de Rumania Exfumador de hace dos meses (Fumador de 2 paquetes/día). Enolismo de 4-5 cervezas/día. No otros tóxicos. Ansiedad No intervenciones quirúrgicas Tratamiento: Tranxilium 10mg Exploración física: ACR: Tono rítmico, no soplos. Sibilantes dispersos No se palpan adenopatías. No rigidez nuchal. Tª 39C, TA 124/75mmHg, FC 114 lpm, Sat O2 98% Pruebas complementarias: Rx torax: infiltrado con cavitaciones en LSD y también afectación en LSI. Analítica: leucocitos 13940 (N 80%), Hb 11.8, plaquetas 309.000, creatinina 0.7, ALT 19, AST 22, K 3.8, Na 153, PCR 15 Cultivo esputo y sanguíneo: cursado Orina: Normal Juicio clínico: Tras valorar la clínica, hemograma y prueba de imagen, se comenta caso con pneumología quienes inician tratamiento con Rimstar dada la alta sospecha de tuberculosis. Evolución: Se inicia una lista nominal de contactos. El paciente sigue visitas con pneumología, diagnosticado de tuberculosis pulmonar cavitada. Baciloscopias: BAAR+++, VIH negativo. Se inicia tratamiento de mantenimiento con isoniazida y rifampicina 4 meses. Al finalizar tratamiento, Radiografía con gran mejoría, cultivos negativos, por lo que se da el alta de consultas externas.

Conclusiones:

Con este caso se quiere concienciar de la importancia de una buena anamnesis y la realización de pruebas de imagen para confirmar o descartar el diagnóstico cuando una patología no mejora con la medicación pertinente antes de insistir dando mas medicación.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1165

EL FALSO EPOC AGUDIZADO

E González de Linares Balleggi, B Atienza Mateo, H Alonso Valle, L Iglesias Oliva, C Amado Diago

Servicio de Urgencias. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras clave: tromboembolismo pulmonar, urgencia, disnea

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 72 años con antecedentes de EPOC en seguimiento por hospitalización domiciliaria previo y anticoagulación profiláctica. Consulta por aumento de disnea de instauración aguda, con auscultación pulmonar con singos de broncoespasmo y datos sospechosos de IC y analítica, ECG y Rx tórax no diagnósticos. Ante la sospecha de tromboembolismo pulmonar por signos de flebitis distal asociados al cuadro clínico se realizó angioTAC pulmonar urgente que mostró singos de TEP bilateral con sobrecarga de VD.

Conclusiones:

La enfermedad tromboembólica es una entidad de difícil diagnóstico especialmente en pacientes con comorbilidades crónicas como EPOC o insuficiencia cardiaca que hacen pensar en agudización secundaria. La aplicación de reglas de decisión clínica puede ser de gran ayuda para realizar un correcto abordaje de estos pacientes.

A-1166

NEUMONÍA ORGANIZADA CRIPTOGENICA

M Miranda García (1), A Martakoush María (1), A Ruiz Fernández (2), M Cobos Briz (1), O Oliva Fernández (3), B Gutiérrez Teira (4), JC Muñoz García (4)

(1) Hospital Universitario Puerta del Sur, (2) Hospital Universitario Montepíncipe, (3) Hospital General de Villalba. Universidad Europea de Madrid, (4) Centro de Salud El Soto. Madrid

Palabras clave: neumonía organizada, tomografía computarizada, radiografía de tórax

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 61 años sin antecedentes médicos de interés que acude a urgencias por dolor centrotorácico de carácter pleurítico de una semana de evolución y disnea de moderados esfuerzos. No presenta tos, ni fiebre. Escasa mucosidad nasal en relación a rinitis. En la exploración física se objetiva tensión arterial de 136/76 mmHg, frecuencia cardiaca 80 latidos por minuto, temperatura 36.4°C, saturación de oxígeno 99%. Buen estado general, buena coloración de piel y mucosas. Tonos claros y rítmicos, sin soplos ni extratonos. Buen murmullo vesicular, con algún crepitante bibasal. No edemas en miembros inferiores. En electrocardiograma se objetiva ritmo sinusal a 80 latidos por minuto, sin alteración de la repolarización. En analítica de sangre se objetivó PCR de 10 mg/dl, sin otros hallazgos reseñables. En la radiografía de tórax se objetiva engrosamiento pleural izquierdo con infiltrado intersticial en bases. Se realiza TAC de tórax en el que se aprecian múltiples opacidades consolidativas periféricas de distribución parcheada que afectan a todos los lóbulos pulmonares. En su interior se aprecian broncogramas y vías aéreas dilatadas. También se identifican algunas opacidades en vidrio deslustrado en la periferia de ambos lóbulos superiores. Las alteraciones anteriormente descritas sugieren una neumonía organizada criptogénica. No se aprecian lesiones pulmonares nodulares u otras alteraciones reseñables de las estructuras pleuropulmonares. Se inicia tratamiento corticoideo con gran respuesta clínica en las primeras 24 horas.

Conclusiones:

La neumonía organizada es un síndrome pulmonar poco frecuente. Se clasifica dentro de las neumonías intersticiales idiopáticas. Afecta predominantemente entre los 50 y 70 años de edad. La tomografía computarizada de alta resolución es la técnica de elección en toda sospecha de enfermedad pulmonar intersticial difusa y ayuda a identificar los hallazgos radiológicos más característicos de la neumonía organizada. Histopatológicamente se caracteriza por la presencia de masas organizadas de tejido granuloso en alveolos (Cuerpos de Masson), infiltración de las paredes alveolares con células inflamatorias crónicas y preservación de la arquitectura alveolar. La respuesta al tratamiento esteroideo es excelente en la mayoría de los casos. Sin embargo, hay que llevar a cabo un plan de seguimiento dado el alto índice de recaídas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1167

SEPSIS URINARIA SECUNDARIA A HERNIA DE PARED VESICAL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

M Pérez Castilla, JF Rodríguez Fernández, S Sánchez Martínez, E Pérez García

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Palabras clave: sepsis urinaria, hernia vesical, tratamiento

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 78 años. No alergias conocidas. Exfumador y Exbebedor. HTA. DM 2. Dislipemia. Fibrilación Auricular. Ictus isquémico. Hernia inguinal intervenida. Ingreso reciente en cirugía por sepsis de origen abdominal por Colecistitis y absceso intraabdominal con colecistotomía y drenaje de absceso percutáneos. Tratamiento: omeprazol, digoxina, rivaroxaban, metformina, enalapril y tamsulosina. Dado de alta hacía 3 semanas con drenaje biliar con buen aspecto y sonda urinaria permanente (con orina de aspecto claro) que hace 4 días comienza con dolores en ingle derecha que van acentuándose, hasta sufrir cuadro sincopal, motivo por el que es traído a Urgencias. A su llegada MEG, sudoroso, regularmente perfundido e hipotenso. Analítica sin datos de interés salvo 500 leucocitos/ml y nitritos negativos en orina. Se diagnostica de sepsis urinaria iniciándose tratamiento empírico con ceftriaxona y aporte de volumen. Se realiza ecografía abdominal y TAC que muestran vejiga de esfuerzo, introduciéndose parte de la vejiga urinaria en hernia inguinal derecha, con edema de la grasa y engrosamiento de la pared vesical, con sufrimiento de la pared vesical herniada. Valorado por Cirugía propone realización de herniorrafia pero debido a que está anticoagulado, se intenta reducción manual, que es exitosa evolucionando satisfactoriamente.

Conclusiones:

La hernia de la pared vesical es infrecuente. Afecta con más frecuencia a varones a partir de la quinta década de la vida. La forma de aparición suele ser unilateral y con predominio en el lado derecho. Son necesarios para su desarrollo dos factores fundamentales, la existencia de una debilidad de dos paredes, la pared abdominal y la pared vesical, y un aumento de la presión intravesical secundaria normalmente a hiperplasia prostática. Su curso clínico es silente durante largos periodos de tiempo y diagnóstico incidental. El síntoma más frecuente de presentación es la micción en dos tiempos. Un signo muy característico es el signo de Mery, que consiste en un aumento del calibre del chorro con la compresión manual de la hernia o la elevación del escroto. En escasas ocasiones se produce incarceraciones con estrangulación y subsiguiente necrosis del tejido herniado que obligan a realizar un tratamiento quirúrgico de urgencia con resección del segmento afecto como pudo ocurrir en este caso.

A-1168

HEPATITIS B AGUDA EN URGENCIAS

J Garrillo Cepeda, M Canet Maldonado, I Arancibia Freixas, M Martínez Gil, G Muñoz Gamito, A Álvarez Soto

Hospital Universitario Mutua de Terrassa. Barcelona

Palabras clave: ictericia, billirrubina, hepatitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Motivo de consulta: Hombre de 64 años que ingresa al Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) por clínica de acolia y coluria de 1 semana de evolución, asociado a ictericia muco-cutánea de 24 horas. Inicialmente niega cambios de medicación, introducción reciente de nuevos fármacos, transfusiones, relaciones sexuales de riesgo, viajes, ni otra sintomatología concomitante. Antecedentes patológicos: Hipertensión, dislipemia y Diabetes Mellitus tipo II en tratamiento farmacológico. Exploración física: Buen estado general, normotenso, afebril, ictericia muco-cutánea, palpación abdominal no dolorosa, sin ascitis, sin hepatomegalia ni otros hallazgos patológicos. Exploraciones complementarias: Analítica: BT 9,4 mg/dL (B. directa 8,25 mg/dL), AST 1979 U/L, ALT 4725 U/L, GGT 315 U/L, FA 217 U/L, Hemograma normal, Creat. 1,32 mg/dL. Amilasa normal. Serologías (resultado en 24h): AcVHBc +, AgVHBs +, AcVHBc+, AcVHBc+, AcVHB-, AcVHB-, AgCMV -, IgMVHA -, IgGVHA-. Ecografía abdominal: no se observan lesiones ni obstrucción de la vía biliar. Juicio clínico y diagnóstico diferencial: La alteración del perfil hepático es un hallazgo frecuente que puede atribuirse a causas de tipo obstructivo, infeccioso, medicamentoso o autoinmune. Las hipertransaminasemias moderadas de corta duración pueden observarse tras el ejercicio físico intenso, traumatismos, enfermedades agudas no hepáticas (p.ej: infarto de miocardio, tromboembolismo pulmonar). Los casos de hipertransaminasemia de corta duración con AST y ALT por encima de 1000 UI/L se asocian habitualmente a alguno de los siguientes procesos: consumo de tóxicos o medicamentos, colangitis, hepatitis vírica aguda o hepatitis isquémica en el contexto de una enfermedad grave.

Conclusiones:

Discusión: En nuestro caso, se diagnosticó al paciente de una infección aguda por hepatitis B, porque presentaba HbsAg+. +. Posteriormente el paciente refirió haber tenido un contacto sexual de riesgo. Esta entidad puede presentar un curso clínico muy amplio: desde una hepatitis anictérica y subclínica hasta una hepatitis icterica aguda grave, e incluso una hepatitis fulminante. En España la introducción de la vacuna contra el virus de hepatitis B en el calendario de inmunizaciones en los años 90, el aumento del control sistemático de las donaciones de sangre y el cribado serológico de las gestantes, han hecho que el diagnóstico de Hepatitis B aguda en los SUH sea infrecuente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1169

LESIONES CUTÁNEAS Y DOLOR ARTICULAR

L Pancorbo Fernández (1), M Cárdenas Antón (2), J Beteta Moya (1), A Perea Fernández (1)

Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras clave: artritis reactiva, púrpura, polialgias

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 49 años con antecedentes personales de hipogonadismo en tratamiento con corticoterapia. Fumador. Acude por segunda vez en una semana, en la primera ocasión hace 48 horas consulta por dolor en ambos tobillos, mas en derecho con tumefacción y empastamiento, nota una lesión oscura, que en la primera valoración se considera posible punto de inoculación y se trata como celulitis postpicadura de insecto. Acude nuevamente a los dos días por dolor e impotencia funcional en ambos miembros inferiores de carácter ascendente desde tobillos, refiere astenia. Niega fiebre. Si se queja de dolor en rodillas y en caderas que ha ido aumentando progresivamente. Ha seguido tratamiento con Corticoides y Doxiciclina. En la exploración presenta buen estado general sin hallazgos destacables salvo en miembros inferiores que persiste ulcera necrótica en maléolo externo de tobillo derecho y aparición de una lesión de similares características en maléolo izquierdo con lesiones petequiales confluentes en sentido ascendente hasta rodillas. Algunas petequias aisladas en miembros superiores, respetando torax y abdomen. No se palpan adenomegalias. Exploración neurológica compatible con la normalidad, sin pérdida de fuerza ni sensibilidad objetivable. En las pruebas complementarias destaca con respecto a la de las 48 horas previas, aparición de leucocitosis con neutrofilia. PCR 18.6mg/L a 43.10 mg/L. Tras ingreso en medicina interna e inicio de tratamiento con corticoides y reposo presenta mejoría sintomática progresiva con desaparición de lesiones purpúricas.

Conclusiones:

Existen dos clases de púrpura asociadas a enfermedades reumáticas, la debida a trastornos de la coagulación (trombopenia asociada al lupus eritematoso sistémico [LES]), que ocasiona equimosis y/o petequias no palpables, y la secundaria a vasculitis, que da lugar a una púrpura (generalmente palpable) no trombocitopénica. Las lesiones que se presentan en esta entidad son diversas, definiéndose como una púrpura urticarial, en las que el color de las lesiones varía entre el rojo-violáceo al marrón, según el estado evolutivo, de distribución simétrica que afecta, sobre todo, a las extremidades inferiores y las nalgas, y menos frecuentemente al tronco, las extremidades superiores y la cara. Con frecuencia se acompaña de edema doloroso en el dorso de manos y pies.

A-1170

SEPTICEMIA SIN FIEBRE COMO PRESENTACIÓN DE UNA GRIPE A

E Bedeschi Bedeschi (1), A Delgado Campos (2), J Aguirre Sánchez (2), F Jiménez Muñíos (2)

(1) Carballo, (2) Urgencias Ferrol. A Coruña

Palabras clave: sepsis, gripe A, antibioticoterapia

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Una Paciente de 54 años, diabetica insulínica dependiente, que presentaba tos con expectoración blanco-amarilla, sin fiebre y disnea intensa, fue traída a nuestro Servicio de Urgencias por bajo nivel de conciencia, asociado a hiperglucemia (B.M. Test >500). El Glasgow inicial era 12, la temperatura 35.5 °C, la frecuencia cardíaca 111 latidos por minuto rítmica, la frecuencia respiratoria 25 por minuto y la tensión arterial 182/96. La radiografía de tórax mostró un aumento de densidad basal izqda, con borramiento de diafragma, sugestivo de derrame pleural y marcado engrosamiento del intersticio peribroncovascular perihilar, con derrame pleural derecho: hallazgos compatibles con edema intersticial pulmonar y fallo cardíaco. La gasometría arterial era la siguiente: pH 6.77, pO₂ 51.2 mmHg, pCO₂ 27.8 mmHg y saturación de Oxígeno del 68%. Inicialmente, la Paciente fue tratada con 50UI de insulina rápida en solución fisiológica de 500cc a 40ml /hora y con 7.500 unidades de Bemiparina Sódica por vía subcutánea. Entonces hubo una caída del Glasgow hasta 9 y de la tensión arterial hasta 90/60, manteniéndose la temperatura en 35.5 °C, la frecuencia cardíaca en 115 /minuto y la respiratoria en 25 /minuto. El hemograma presentaba leucocitosis (33.880) neutrofila (83.1%), sin otras alteraciones significativas, excepto un Dímero-D levemente aumentado (752). Se recogieron muestra hematológica y urinaria para cultivo microbiológico y la paciente fue tratada de inmediato con Cefalosporina de 3º generación (Ceftazidima 4g) por vía intravenosa y con Noradrenalina en perfusión. El hemocultivo fue positivo por *S. aureus*, *C. albicans* y *P. aeruginosa* y la serología lo fue para el virus de la influenza A, variante H1N1/09. Tras ingreso en UCI y en Medicina Interna, la Paciente fue tratada con Ceftazidima, Amikacina, Doxaciclina, Fluconazol y Olsetamvir y dada de alta dos semanas después con 10 días más de tratamiento antibiótico con Cefalosporina de 3º generación (Cefditoren 400 mg cada 12 horas).

Conclusiones:

Raramente la gripe A se puede presentar, con cuadro radiológico normal (1) y con un cuadro séptico (2), debido a complicaciones bacterianas, como demuestra este caso clínico. El tratamiento empírico antibiótico precoz (3) en dosis elevada (4) es la principal medida terapéutica en el tratamiento de la infección sistémica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1171

LATIDOS ABDOMINALES... ¿QUÉ SON?

E Ruiz García (1), M Sola García (1), E Sánchez Torres (2)

(1) El Valle, (2) Torredonjimeno. Jaén

Palabras clave: lumbalgia, disnea, aneurisma

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 62 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, hipercolesterolemia, exfumador de 20 paquetes/año desde hace 8 años y bebedor ocasional. Acude por primera vez al Servicio de Urgencias presentando lumbalgia tras realizar sobreesfuerzo. Deambula sin dificultad y mejora con reposo y tratamiento antiinflamatorio. Pasado un mes, acude de nuevo refiriendo nuevo episodio de lumbalgia acompañada, en esta ocasión, de disnea de moderados esfuerzos. Niega dolor torácico. Reinterrogando al paciente, se muestra preocupado y con componente ansioso debido a que esporádicamente refiere notarse "palpitaciones fuertes" en abdomen. A la exploración presenta buen estado general. Saturación basal 96 %. Frecuencia cardíaca 82 lpm. Afebril. Tensión arterial: 130/85. Auscultación cardiorespiratoria anodina. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación con presencia de masa pulsátil a nivel de fosa iliaca derecha. Pulsos conservados y simétricos. No edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Solicitamos ecografía abdominal preferente que nos informa de aneurisma abdominal de 12 cm que abarca ambas arterias ilíacas. Tras los resultados, se realiza TC toraco-abdominal que confirma el diagnóstico anterior y, además, detecta masa pulmonar en lóbulo superior izquierdo con características radiológicas de posible neoplasia. Se avisa a cirugía vascular que se plantea varias posibilidades. En primer lugar sería la intervención quirúrgica del aneurisma (alto porcentaje mortalidad) vs fibrobroncoscopia para estudio de la masa pulmonar lo que conlleva a riesgo de rotura del aneurisma. En la actualidad se está estudiando con detalle el caso expuesto para ofrecer al paciente la mejor solución y lograr resolver su delicada situación. Se necesita valorar los posibles riesgos/beneficios siempre teniendo como principal prioridad salvar la vida del paciente.

Conclusiones:

Los aneurismas de aorta abdominal constituyen un importante problema de salud. Presentan una prevalencia del 9% en población de alto riesgo y se caracterizan por cursar, la mayoría, de manera asintomática, con desenlace fatal en caso de rotura. Esto plantea la necesidad de detectarlos precozmente controlando factores de riesgo desde las consultas de atención primaria así como haciendo una correcta anamnesis y exploración desde el Servicio de Urgencias para poder plantearnos posibles diagnósticos diferenciales y elegir las pruebas complementarias necesarias en cada caso.

A-1172

DOLOR ABDOMINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

B Cáceres Murillo, I de la Cruz Couto, E Sáez Barrasa, S García Santisteban, V Álvarez Fernández, A Cid Fernández

HUA Txagorritxu. Vitoria

Palabras clave: trombosis, vain, Porta

Historia clínica:

Varón 54 años acude por dolor abdominal. Antecedentes: No alergias conocidas, Hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio anteroseptal 2014. Tratamiento (refiere no tomarlo): Pantecta 20 mg 1-0-0, Adiro 100 mg 0-1-0, Effient 10 mg 0-1-0, Emconcor 5 mg 1-0-0, Lisinopril 5 mg 0-1-0, Atorvastatina 80 mg 0-0-1 y Trinispray si precisa. Acude a urgencias por dolor abdominal en hipocondrio derecho continuo que ha ido en aumento durante las últimas 72 horas. Presenta vómitos de contenido alimenticio. Afebril. No otra clínica. Exploración: Subictericia conjuntival, sobrepeso. Constantes vitales: Temperatura 38.1°C, Tensión arterial: 156/84 mmHg, frecuencia cardíaca y respiratoria normal. Auscultación cardiopulmonar: Rítmico. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: Distendido, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho no irradiado, con defensa. Murphy dudoso. Puño percusión renal bilateral negativa. Tratamiento urgencias: Vía periférica, monitorización, Paracetamol 1g, Nolotil 2g, Enantyum 50 mg, Fisiológico 500 ml 0.9% y Piper-tazobactam 4g, toda la medicación por vía endovenosa. Pruebas complementarias: Gas venoso: Normal. 201. Analítica: Bilirrubina total 4.8 mg/dl, directa 2.7 mg/dl, indirecta 2.1 mg/dl, GOT 125, GPT 83, amilasa 21, sodio 131, potasio 3.6, procalcitonina 0.83, PCR 235.1, leucocitosis 8.400, neutrófilos 90.3%. Coagulación normal. Analítica orina: Normal. Ecografía abdominal urgencias: Probable colecistitis incipiente. TAC abdominal: Trombosis de vena portal izquierda y de sus ramas segmentarias y de la rama anterior de la vena porta derecha. Colecistitis aguda con cambios inflamatorios en vecindad, a nivel de segunda porción duodenal.

Conclusiones:

Juicio clínico: Trombosis vena porta izquierda y rama anterior derecha. Colecistitis aguda Como primera impresión se interpretó como probable colecistitis, tras resultados de la ecografía ¿posible colecistitis INCIPIENTE? la sospecha diagnóstica cobró mas fuerza pero ante la clínica del paciente y la llamativa exploración abdominal se decidió realizar un TAC abdominal en búsqueda de otros diagnósticos posibles hallándose una trombosis de la vena portal. Fue intervenido de manera urgente: colecistectomía laparoscópica, posteriormente ingresó en cirugía. Al alta tratamiento antibiótico y anticoagulación. Pendiente de estudio de hipercoagulabilidad. El abdomen agudo con frecuencia presenta dificultad diagnóstica por la cantidad de causas que pueden provocarlo, debemos tener en cuenta los diferentes diagnósticos diferenciales: Absceso, aneurisma aorta, isquemia mesentérica, perforación, neoplasia, sepsis de origen abdominal, colecistitis, trombosis.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1173

ABSCESO CEREBRAL COMO CAUSA DE CEFALEA PERSISTENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Y Aranda García, R Penedo Alonso, M Sánchez Pérez

Hospital Ramón y Cajal. Madrid

Palabras clave: absceso, cerebral, cefalea

Historia clínica:

Varón de 25 años, acude por cefalea de 15 días de evolución, de predominio frontal que se acentúa con los movimientos, y se extiende hacia senos. Rinorrea amarillenta-verdosa. Sensación distérmica. No fiebre. Ha sido valorado por el Otorrinolaringólogo por sinusitis en dos visitas anteriores a urgencias y está pendiente de realización de TAC craneal. Se encuentra en tratamiento antibiótico, antiinflamatorios y corticoides intranasales, con irregular cumplimiento terapéutico. EXPLORACIÓN FÍSICA TA: 121/74 mmHg, FC: 56 lpm, T°: 36,4°C. Auscultación cardiopulmonar, sin datos a destacar, abdomen no doloroso. Exploración neurológica a la llegada, no focalidad neurológica PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Analítica: leve leucocitosis (13.000), bioquímica y coagulación sin alteraciones significativas Electrocardiograma: Bradicardia sinusal a 48 lpm, eje normal. PR normal Patrón de repolarización precoz. EVOLUCIÓN Durante su estancia en la urgencia el paciente comienza con somnolencia y progresivo deterioro del nivel de conciencia, junto con aumento de tamaño de globo ocular derecho y asimetría pupilar. Debido a esto se solicita TAC craneal urgente TAC CRANEAL Hallazgos compatibles con pansinusitis masiva, con invasión de lóbulo frontal izquierdo, con dos abscesos cerebrales que asocian marcado edema vasogénico con importante efecto de masa, con herniación sulfalcina, uncal y obliteración de las cisternas perimesencefálicas. Se identifican dos imágenes compatibles con abscesos craneales medidas en 36x21 mm y 35x15 mm. Asimetría de ambos nervios ópticos, con engrosamiento y edema del derecho así como aumento de volumen de globo ocular derecho. Importante desplazamiento de la línea media en 11 mm, obliteración de cisternas perimesencefálicas y del asta temporal izquierda Ante los hallazgos visualizados en la TAC y el empeoramiento clínico del paciente se contacta con el servicio de Neurocirugía, siendo intervenido quirúrgicamente de urgencia.

Conclusiones:

El absceso cerebral es una infección infrecuente, pero puede ser muy grave con riesgo para la vida. Su presentación clínica varía dependiendo de la localización, y el diagnóstico requiere una alta sospecha clínica, ya que puede presentarse como una complicación de procesos infecciosos frecuentes. El diagnóstico se establece con la realización de un TAC craneal o resonancia magnética cerebral El tratamiento comienza con antibioterapia de amplio espectro, pero el tratamiento definitivo de los abscesos cerebrales es quirúrgico. Los procedimientos quirúrgicos empleados incluyen drenaje, aspiración y escisión.

A-1174

DOCTOR, NO SE ME PASA EL DOLOR DE CABEZA

R Cuadra San Miguel (1), B Peleteiro Cobo (1),
E Méndez Rodríguez (1), AJ Coutinho (1), JR Casal Codesido (1),
D Rodríguez Álvarez (1), Y González Silva (2)

(1) Hospital El Bierzo. Ponferrada-León (2) Hospital Río Hortega. Valladolid

Palabras clave: cefalea, meningitis, neumococo

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 35 años que como único antecedente de interés presenta traumatismo craneoencefálico frontotemporal izquierdo hace 10 años, quedando como secuelas pérdida de oído y visión de ojo izquierdo (portador de prótesis ocular). Consulta con Servicio de Urgencias del hospital de referencia después de ser encontrado por su familia en probable estado postcrítico con relajación de esfínteres tras episodio brusco de agitación sin claros movimientos tónico-clónicos. Refiere cuadro de 48 horas de evolución de cefalea frontal derecha que no cede con AINEs y se acompaña de sensación nauseosa. Exploración física: TA 110/80, FC 88 lpm, T° 38.7°C. CyC: meningismo. AC: rítmica sin soplos. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: anodino. Neurológica: no signos de focalidad neurológica. Pruebas complementarias: Analítica sanguínea: leucocitos 20700 (65% neutrófilos, 19% cayados). Rx tórax: sin signos de condensación ni fallo cardiaco. TAC cerebral: cambios postraumáticos y postquirúrgicos visibles a nivel frontal, con áreas extensas de encefalomalacia que afecta a ambos lóbulos frontales. Pequeñas áreas hipodensas en región parietal superior derecha de características crónicas. No lesiones ocupantes de espacio. Análisis LCR: glucosa 8.4, proteínas 298.9, leucocitos 7200 (100% neutrófilos). Cultivo LCR: positivo para Streptococcus pneumoniae. Diagnóstico diferencial en urgencias: ante un paciente con cefalea de inicio reciente debemos realizar el diagnóstico diferencial entre: Cefalea primaria (cefalea tensional, cefalea cervicogénica, migraña). Cefalea secundaria (procesos infecciosos, lesión ocupante de espacio, hemorragia intracraneal, arteritis de la temporal, glaucoma). Diagnóstico final: meningitis bacteriana por streptococcus pneumoniae. Evolución: durante el ingreso en medicina interna el paciente presentó buena evolución tras tratamiento antibiótico empírico, y se realizó estudio de inmunosupresión resultando negativo.

Conclusiones:

La cefalea es uno de los motivos de consulta más frecuentes en los Servicios de Urgencias por lo que es fundamental realizar una anamnesis adecuada que permita realizar el diagnóstico diferencial. Una adecuada anamnesis nos orientará en las pruebas complementarias necesarias para llegar al diagnóstico de certeza.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1175

BOTULISMO, A PROPÓSITO DE UN CASO

J Bonilla Alonso (1), T Mondéjar Solís (1), M Montes Jovellar Jordán (2), C Hernández Tuda (1), JM Palomero del Río (1), M Sáinz de Andueza (1), P López Díez (1)

(1) Hospital Universitario de Burgos, (2) Hospital Comarcal Medina del Campo. Burgos

Palabras clave: botulism, intoxication, paralysis

Historia clínica:

El botulismo es un trastorno neurológico caracterizado por la aparición de una parálisis flácida descendente, producido por la toxina del *Clostridium botulinum*. MOTIVO DE CONSULTA Varón de 20 años sin Antecedentes Personales de interés salvo fumador esporádico de marihuana que acude a urgencias derivado desde el centro de salud por malestar general, náuseas, vómitos y visión borrosa de 2 días de evolución. En la exploración física apareció una midriasis bilateral arreactiva siendo el resto de la exploración era normal. Al explorar de nuevo al paciente se objetivó ligera ptosis palpebral leve acompañada de disartria. Pruebas Complementarias: le realizó analítica completa, radiografía de tórax y TAC craneal encontrándose los resultados dentro de la normalidad. Debido al progresivo empeoramiento del cuadro el paciente es valorado por el Servicio de Intensivos ingresando en su planta para observación y seguimiento. Tras diversas pruebas específicas y una anamnesis exhaustiva se confirmó la presencia de la toxina y se resolvió que el paciente había ingerido alimentos no conservados en frío que le había preparado un familiar. Tras tratamiento con antitoxina botulínica y soporte vital, su evolución fue favorable y fue dado de alta DESARROLLO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Miastenia gravis, síndrome de Reye, síndrome de Guillain-Barré, hipotiroidismo, accidente cerebrovascular, encefalopatía metabólica, intoxicación por organofosforados y monóxido de carbono. JUICIO CLÍNICO: Botulismo.

Conclusiones:

El botulismo es una enfermedad rara en nuestros días, pero no debemos obviar su presencia, principalmente en medios rurales donde aún hoy se practican las conservas caseras. Hacer un diagnóstico rápido con una anamnesis bien dirigida en estos casos puede salvar una vida.

A-1176

GRIPE A: MÁS ALLÁ DEL CUADRO RESPIRATORIO

R Lorca Gutiérrez, L Gutiérrez de la Varga, E Cano, A Alperi, I Silva, V León, G Iglesias Cubero

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Palabras clave: influenza A, miocarditis, neumonía

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 17 años, sin antecedentes de interés, que describe por proceso infeccioso (7 días de odinofagia, artralgias y fiebre elevada con postración) acude a Urgencias de Hospital por disnea progresiva hasta hacerse de reposo. Presenta una gasometría con insuficiencia respiratoria (pO_2 39), leucocitosis de 26000, PCR de 28,6 mg/dl y radiografía de tórax con infiltrado intersticial bilateral de predominio en bases. En la exploración destacan crepitantes bilaterales, taquipnea, taquicardia e hipotensión. No adenopatías ni lesiones cutáneas. La virología de exudado nasofaríngeo resulta positiva para influenza A (resto de virus negativos). ECG: ritmo sinusal con cambios en repolarización secundarios a miocarditis (negativiza onda T en cara lateral e inferior). Moviliza de marcadores de daño miocárdico hasta casi 1300 de Troponina T. Durante su estancia en Urgencias precisa alto flujo de oxígeno para mantener saturaciones, llegando a precisar aminas para mantener tensiones, por lo que ingresa en UCI. Tras estabilización respiratoria inicial, es trasladado a Cardiología con el diagnóstico de miocarditis y neumonía por virus de gripe A.

Conclusiones:

Presentamos una complicación grave de un cuadro gripal, por influenza A. Es necesario identificar dentro del contexto respiratorio agudo una posible afectación miocárdica para adelantarnos al riesgo añadido que la miocarditis confiere al cuadro clínico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1177

POLITRAUMATIZADO EN URGENCIAS POR UN TEP

**A Martín Páez, M Moreno Fernández, E Lagares Santana,
F Muñoz Lara, S Ramírez Plaza**

Hospital Regional de Málaga

Palabras clave: pulmonary embolism, politraumatismo, treatment

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción: El politraumatismo es una causa frecuente de enfermedad tromboembólica venosa secundario a las fracturas de huesos largos, a continuación vamos a describir el caso de un paciente que sufrió un TEP y en consecuencia sufrió un Politraumatismo. Ámbito del caso: Paciente con antecedente de TVP hace un año, HTA en tratamiento, que mientras conducía su motocicleta sufre episodio de pérdida de conocimiento tras notar intenso dolor en pierna y en consecuencia sufre Politraumatismo con resultado de fracturas costales múltiples, fractura conminuta de pala iliaca izquierda, laceración hepática y esplénica con hematoma subyacente junto con hematoma en colon, y se lo realiza AngioTAC Tórax con resultado de TEP. Eco Doppler MID objetivándose TVP a nivel poplíteo y femoral común. Ingreso en UCI con episodios de Distres respiratorio, sepsis de origen urinario por E faecalis y un fallo renal agudo de origen multifactorial (Contraste, deshidratación, Rabdomiolisis) que recupera con expansión de volumen. Precisa seguimiento estrecho por Traumatología por fracturas múltiples no quirúrgicas y por cirugía general por trauma abdominal cerrado, también con actitud conservadora. Inicialmente no se pudo realizar profilaxis antitrombótica por los hematomas intraabdominales, por lo que precisó filtro en Vena cava inferior. Fue dado de alta dos meses después tras tratamiento médico.

Conclusiones:

El TEP es una patología frecuente, con alta morbi/mortalidad, en España se producen en torno a 80000-100000 TEP al año, mortalidad del 2,5% de los pacientes tratados a tiempo. El 90% de las embolias pulmonares se originan en trombosis de las venas profundas de las EEII. Producen cuadros clínicos muy diversos, que varían desde el síncope o muerte súbita, a un cuadro inespecífico que puede simular una infección respiratoria. Los efectos de la embolia pulmonar son básicamente respiratorios y hemodinámicos, puede presentarse con disnea aguda de causa desconocida, hemoptisis y/o dolor pleurítico o como shock cardiogénico. El diagnóstico de confirmación se realiza con un AngioTAC Tórax. El tratamiento habitual consiste en medidas de soporte y anticoagulación del enfermo y como medida alternativa la colocación de un filtro en la cava si contraindicación.

A-1178

MANEJO DEL NEUMOTÓRAX. A PROPÓSITO DE UN CASO

**L Cotillas García, A Córdoba Romero, B Antón González,
E Melo Toledo, M García Revuelta, M Cano Pazos**

Hospital Río Hortega. Valladolid

Palabras clave: pneumothorax, treatment, emergency

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 22 años que acude por dolor torácico tipo punzante y continuo, no opresivo, que se irradia a espalda y en ocasiones a cuello, duración aproximada 7 días. El dolor aumenta con el movimiento (al mover y elevar brazos), al inspirar, con el esfuerzo físico (pero lo relaciona con el movimiento de tronco). Se alivia con el reposo y con ibuprofeno. En alguna ocasión le ha despertado el dolor. El dolor empeora al tumbarse. Ahora mismo presenta un dolor muy leve que empezó ayer por la mañana. Día previo muy intenso, hoy mejor. Le ha ocurrido en año y medio 5-6 veces. Sin pérdida de conocimiento, sin náuseas, ni vómitos, ni sudoración, ni palidez. Sin clínica infecciosa en días previos. Trabaja cargando peso. Exploración física: Constantes estables con saturación de oxígeno al 100%, destacando a la auscultación pulmonar una disminución del MV en hemitórax izquierdo, sobre todo en campos superiores en comparación con campo derecho. Ante la sospecha de un Neumotórax, se colocó oxigenoterapia y se trasladó al paciente al área de vigilancia donde permaneció monitorizado. En la radiografía de tórax se objetivó pequeña cámara de neumotórax a nivel de vértice pulmonar izquierdo. Analítica con SS, BQ y coagulación y EKG sin alteración. Ante los hallazgos el paciente fue ingresado en Neumología.

Conclusiones:

Ante una sospecha de neumotórax, lo primero es descartar neumotórax a tensión que es considerado una emergencia médica y requiere tratamiento inmediato con colocación de tubo pleural en segundo espacio intercostal, por encima del borde costal superior, incluso antes de la confirmación radiológica. En este caso, ante la estabilidad en el paciente, se procedió a la administración de oxigenoterapia mientras se esperaba la prueba radiológica. Tras resultados en radiografía y al presenciar un neumotórax espontáneo apical con una distancia entre vértice pulmonar y cúpula pleural inferior a 3 cm, se siguió con tratamiento conservador y fue ingresado para observación hospitalaria. En caso de que la distancia hubiera sido superior, habría estado indicado la colocación del tubo. Por tanto, no podemos olvidar que el neumotórax puede ser una emergencia real y que según el tipo hay que actuar de una u otra forma.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1179

HIPOTENSIÓN EN PACIENTE ANTICOAGULADO CON ACENOCUMAROL... A PROPÓSITO DE UN CASO

B Moliner Zanón, M Baixauli Bonet, M Arroyo Jiménez,
S Martínez Piera, P Paredes Leonarte

Hospital Arnau de Vilanova. Valencia

Palabras clave: sepsis, shock hipovolémico, absceso psoas

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 68 años con cuadro de hipotensión y úlcera en miembro inferior izquierdo de un mes de evolución en tratamiento con curas locales y antiinflamatorio. Asocia vómitos oscuros hace unos días. Toma acenocumarol por una fibrilación auricular, y presenta prótesis en cadera izquierda. Se plantea como causa de la hipotensión un shock hipovolémico por probable hemorragia digestiva, pero no se objetiva en SNG sangrado. Se revierte el efecto de los anticoagulantes y se realiza un TAC abdomino-pelvíico en busca de nuevo foco hemorrágico. En él se confirma absceso de psoas iliaco y alrededor de la articulación coxo-femoral derecha. Se realiza drenaje intrarticular y tratamiento antibiótico agresivo. Cultivo positivo para Staphylococcus Aureus tanto en exudado de la úlcera en pie como en absceso de psoas.

Conclusiones:

Ante un paciente en shock, debemos descartar las causas más frecuentes según la clínica del paciente. En este caso, una vez descartado el origen hemorrágico, se confirmó la causa infecciosa. Se trata en este caso de un absceso de psoas primario sin poder descartar diseminación hematológica de la úlcera de pie (ya que el cultivo dio los mismos microorganismos) o de la artritis de cadera. El absceso del músculo psoas es una afección poco frecuente, pueden ser primarios, donde su agente causal más frecuente es Staphylococcus aureus, o secundarios, predominando la Escherichia coli.

A-1180

LA IMPORTANCIA DE LA CLÍNICA DEL PACIENTE, ANTE HALLAZGOS EXPLORATORIOS INESPECÍFICOS

S. Moreno García (1), P González-Quirós Fernández (2),
Y García González (3), E Ferrero Fernández (3),
Z Vázquez Álvarez (3), S Sánchez Menéndez (3)

(1) Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz (2) Hospital Valle del Nalón, (3) Hospital del Oriente de Asturias

Palabras clave: saturación de oxígeno, neumonía atípica, shock séptico

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 82 años. Alergia a aspirina. Independiente, vive con su familia. Hipercolesterolemia. Angioedema recidivante. Fibrilación auricular paroxística a tratamiento antiarrítmico y anticoagulada. Angor de esfuerzo con coronarias sin lesiones significativas. Acude a Urgencias de un hospital comarcal por dolor en gemelo derecho con inestabilidad en la marcha, siendo etiquetado de rotura fibrilar tras descartar Trombosis Venosa Profunda. Vuelve a acudir por traumatismo lumbar tras caída, siendo alta con analgesia y reposo. Presenta limitación para la movilidad desde entonces. Acude de nuevo por dificultad en la deambulación por debilidad en miembros inferiores y aumento de disnea. A su llegada Saturación de oxígeno (SatO₂) 86% que empeora hasta 75%, taquipnea, cianosis, con crepitantes en base izquierda. Normotenso en ritmo sinusal a 70 lat/min. Laboratorio: INR 6.57, PCR 216 mg/l, insuficiencia respiratoria hipoxémica con pO₂ 63 mmHg y leve acidosis metabólica compensada respiratoriamente. Rx tórax: patrón intersticial bilateral. AngioTC torácico: descarta Tromboembolismo Pulmonar, hallazgo de patrón consolidativo alveolo-intersticial bilateral, sin áreas libres de afectación. Ingresos con mala respuesta a tratamiento con progresiva desaturación pese a mascarilla reservorio por lo que se decide traslado a UCI previo aislamiento de vía aérea, presentando SatO₂ 68%, hipotensión 69/39 mmHg y bradicardia. A su llegada a UCI precisa inicio de noradrenalina 0.2 mcg/Kg/min, Fracción inspiradora de oxígeno (FiO₂) de 1 y Presión Positiva al final de Espiración (PEEP) 12 para SatO₂ >90%. EVOLUCIÓN: Mala evolución desde el ingreso a pesar de tratamiento empírico con Osetamivir, Levofloxacino y Cefotaxima con fallo respiratorio con necesidad de FiO₂ 1 + 9 PEEP y dosis de vasopresores en aumento, oliguria así como debut de bloqueo auriculoventricular avanzado con ritmo de escape nodal a 40 lat/min que precisa colocación de marcapasos endocavitario percutáneo. Progresos el deterioro hemodinámico con hipotensión refractaria a vasopresores y volumen y desaturación progresiva hasta asistolia. El paciente fallece por fracaso multiorgánico refractario a tratamiento, menos de 48h tras el ingreso. Diagnóstico: Neumonía bilateral grave atípica, adquirida en la comunidad. Shock séptico. Fracaso multiorgánico.

Conclusiones:

Paciente que acude por cuadro inespecífico de dificultad para la deambulación, que en principio hizo sospechar de ICTUS. El paciente presentaba exclusivamente desaturación de oxígeno. Tras realizar pruebas se diagnosticó de neumonía atípica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1181

AQUELLO QUE LA NEUMONÍA ESCONDÍA

V de la Hoz Carracedo, M Monge Bronchalo, C Fonseca Ramiro,
M Carrasco Sánchez, MT Martínez Marco

Hospital del Henares. Madrid

Palabras clave: hemotórax, aneurisma, toracocentesis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 85 años con antecedentes de fibrilación auricular, EPOC y aneurismas a nivel de aorta torácica e infrarrenal, consulta por somnolencia, debilidad, autoescucha de ruidos respiratorios y disnea sin tos con abundantes secreciones y dolor torácico en hemitórax y escápula izquierda sin fiebre. En urgencias se encuentra hipotenso, taquicárdico, pálido, mal perfundido y somnoliento, con hipoventilación en base izquierda, roncus a dicho nivel y edema en miembros inferiores. Análíticamente destacaban hemoglobina de 10,6 g/dL, leve plaquetopenia, PCR 58,3 mg/L, creatinina 1,93 mg/dL y FG 30,83 ml/min/1,73m. El electrocardiograma mostraba una fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida. Radiológicamente destacaba una importante dilatación aneurismática de aorta torácica y aumento de densidad en la base del hemitórax izquierdo compatible con infiltrado y/o derrame pleural. Se inició tratamiento vía oral por imposibilidad de coger una vía periférica con moxifloxacino y digoxina, descartándose la posibilidad de anticoagulación por alto riesgo de sangrado. Fue ingresado en planta donde continuó taquipneico, con trabajo respiratorio y SatO₂ de 90%, sudoroso, con frecuencia respiratoria de 20 rpm y taquicárdico. En una nueva analítica se observó una PCR de 145 mg/L, CPK elevada, troponinas normales y hemoglobina 9.1 g/dL. Entonces se decidió solicitar un TAC de tórax donde se observó derrame pleural masivo en hemitórax izquierdo. Se le realizó una toracocentesis urgente guiada con ecografía donde se extrajeron hasta 20 ml de líquido hemático. Ante estos hallazgos y la sospecha de una ruptura de aneurisma, se solicitó un TAC de aorta con contraste donde se observó extravasación del mismo a nivel del aneurisma de la aorta torácica, lo que confirmó el diagnóstico de hemotórax masivo izquierdo. Se inició tratamiento vía intravenosa. Presentó mejoría sintomática, pero al tratarse de un paciente con una situación basal muy deteriorada y con un alto riesgo quirúrgico, tras comentar con cirugía vascular y familiares, se desestimó tratamiento quirúrgico por su mal pronóstico y se decidió tratamiento paliativo.

Conclusiones:

En pacientes pluripatológicos con enfermedades de larga evolución, un proceso intercurrente puede desencadenar una complicación grave. Ante la mala evolución del cuadro, hay que tener esto presente para buscar la causa de no mejoría.

A-1182

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE LOCALIZACIÓN INFRECUENTE

A Muñoz Galindo, J García Criado, V Sánchez Moro, R Herrero Antón,
I Corbacho Cambero, C Gil Castillo, J Sánchez Serrano

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Palabras clave: trombosis, vena subclavia, servicios médicos de urgencia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: La enfermedad tromboembólica venosa es una patología prevalente en los Servicios de Urgencias. Por lo general, se suele manifestar a través del Tromboembolismo Pulmonar (TEP) o de Trombosis Venosa Profunda (TVP) de miembros inferiores. Otras localizaciones suelen ser infrecuentes. **OBJETIVO:** Exponer la etiología, sintomatología, diagnóstico y tratamiento de la trombosis venosa profunda del miembro superior. **MATERIAL Y MÉTODO:** Varón de 47 años sin antecedentes de interés que acude al Servicio de Urgencias porque presenta desde hace dos días inflamación generalizada y dolor de miembro superior derecho que relaciona con la realización de labores de soldadura durante jornadas prolongadas. Las constantes vitales se encuentran dentro de la normalidad. En la exploración física llama la atención el incremento de tamaño del mismo con respecto al otro, dolor a la palpación y enrojecimiento de raíz de miembro. Resto sin hallazgos. Ante la elevada sospecha clínica de TVP se solicita radiografía de Tórax y Hombro y Doppler de Miembros Superiores Venoso. **RESULTADOS:** Radiografía de Tórax y Hombro: no se observan alteraciones radiológicas significativas. Doppler de Miembros Superiores Venoso: signos de trombosis completa a nivel de vena subclavia derecha.

Conclusiones:

Las venas más frecuentemente involucradas en la TVP del miembro superior suelen ser la axilar y la subclavia. El origen suele ser secundario (80%) debido a la presencia de dispositivos intravenosos, cáncer o trombofilia. El origen primario (20%) suele reservarse a casos de actividad física intensa que impliquen esas estructuras, costillas cervicales o síndrome del desfiladero torácico. El método diagnóstico utilizado suele ser el doppler de miembros venosos y el tratamiento la anticoagulación.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1185

DOLOR PLEURÍTICO CON NEUMONÍA NECROTIZANTE

CA Moreno Caycedo, MM Cillero Rodríguez, A Sánchez Valencia, M Sánchez Ruiz, I Moreno Montero, J Paz Galeana, JJ Navarro Aguera

Hospital General de Tomelloso. Tomelloso, Ciudad Real

Palabras clave: pleurisy, pneumonia, necrotizing

Historia clínica:

Antecedentes: Asma bronquial perfil extrínseco (test cutáneos positivos a ácaros). Diagnosticado por biopsia pulmonar de neumonitis por hipersensibilidad, tratado con prepnisona 20 mg desde entonces, con leve mejoría persistiendo una obstrucción crónica al flujo aéreo (FEV1 22%). Pansinusitis. Hernia d Bochdalek. Esteatosis hepática. Tratamiento: Rislast forte, Singulair, Ebastina y Prepnisona. Oxigenoterapia crónica en domicilio. Enfermedad actual: Varón de 43 años que acude a urgencias refiriendo dolor torácico izquierdo de características pleuríticas de 5 días de evolución, acompañado de tos con expectoración amarillenta sin fiebre ni sensación distérmica. Consulta 48 horas antes y dado de alta con Tavanic por no encontrar alteraciones significativas en las pruebas realizadas. Exploración: paciente con regular estado general, temperatura 37°5C, normo tenso, Saturación de oxígeno de 94% con gafas nasales. Auscultación cardíaca (AC): Rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar (AP): hipoventilación global, sibilantes dispersos en ambos campos. Resto de exploración normal. Exploraciones complementarias: Analítica: Gasometría arterial: pH 7.32, pCO2 50mm pO2 57.6, bicarbonato 25.4, saturación 89.8% Hemograma: leucocitos (83.9% neutrófilos), plaquetas 524000, hemoglobina 14.8. coagulación fibrinógeno 669, resto normal. Dímero D 1.1 (n 0-0.5) Bioquímica: PCR 3.6 resto normal. Rx de tórax: En lateral infiltrado alveolar en lóbulo inferior izquierdo Angio TAC: No defectos de repleción en AA pulmonares en relación a TEP. Se aprecia banda de derrame pleural izquierdo e infiltrados alveolares en lóbulos superior e inferior izquierdo Tratamiento: se inicia tratamiento con corticoides sistémicos, broncodilatadores y antibioterapia con levofloxacino y ceftriaxona. Evolución: mejoría inicial pero persiste el dolor torácico con aumento de leucocitosis, se solicita TAC torácico: Infiltrado en llingula, hipodensidad en su interior por neumonía necrotizante, encapsulamiento medial de derrame pleural izquierdo sospechoso de empiema. Ingreso en el medicina interna para estudios complementario. Diagnóstico: Neumonía necrotizante izquierda-absceso pulmonar. Insuficiencia respiratoria global crónica severa agudizada. Neumonitis por hipersensibilidad en tratamiento crónico con corticoides.

Conclusiones:

En el dolor torácico lateral de tipo pleurítico, en su diagnóstico diferencial entran desde dolores psicogenos, osteoarticulares a pleuropulmonares (neumonías, tumores, TEP...), en la puerta de urgencias la anamnesis, exploración y pruebas complementarias se dirigen a descartar patologías potencialmente mortales, que en un principio nos pueden parecer banales por la poca sintomatología que puede referir el paciente.

A-1186

CONTINUÓ DISÁRTRICA

C Elvira Menéndez (1), A Marmesat Montes (2), A Murcia Olagüenaga (1), M Rodríguez Rodríguez (2), JA Suárez Fernández (3), A Delmiro Magdalena (4)

(1) Centro Salud Calzada II, (2) Centro Salud El Coto, (3) Centro Salud El Llano, (4) Centro Salud El Coto. Gijón, Asturias

Palabras clave: atrial fibrillation, dysarthria, stroke

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 84 años, independiente, HTA. No otros antecedentes de interés. Tratamiento habitual: analgésicos y ansiolíticos. Enfermedad actual: Valorada 48 horas antes por dificultad para el habla. Durante su evaluación se objetiva un edema lingual y disartria y una fibrilación auricular (FA) de inicio desconocido a frecuencia controlada. Se diagnostica de angioedema lingual y se da de alta, pautándose tratamiento con corticoides y se cita con cardiología para valoración FA. Acude nuevamente por empeoramiento de la disartria. No otra clínica. Exploración Física: Glasgow 15. Disartria. Auscultación cardíaca: arritmica a 78 latidos por minuto (lpm). Desviación comisura bucal derecha. Disminución de fuerza en hemicuerpo derecho 4/5. Pupilas normales. Cavidad oral con ligero edema lingual, movilidad conservada, reflejo nauseoso conservado. Analítica con hemograma, bioquímica y coagulación dentro de valores normales (INR 1.2). ECG: FA a 74 lpm sin alteraciones de la repolarización. TAC craneal: lesión hipodensa subcortical parietal izquierda sugestiva de isquemia de poco tiempo de evolución. Juicio clínico: Ictus isquémico de probable origen cardioembólico. Se ingresa en unidad de ictus para control de constantes, evolución y pruebas complementarias. Durante su ingreso, la paciente presenta un empeoramiento progresivo con mutismo y hemiparesia derecha 1/5. En TAC de control se observa infarto extenso en territorio de arteria cerebral media izquierda.

Conclusiones:

La fibrilación auricular es la arritmia cardíaca más frecuente en la práctica clínica diaria. Su principal riesgo, además de las alteraciones hemodinámicas que puede producir, es el embolismo arterial que tiene una gran morbimortalidad asociada. Ante un paciente con una FA sin tratamiento anticoagulante adecuado, que presenta una alteración del lenguaje sin clara focalidad, debemos hacer una exploración detallada desde el punto de vista neurológico para descartar posible accidente cerebrovascular.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1187

TUBERCULOSIS INTESTINAL. UN RETO DIAGNÓSTICO

S Morales Sánchez (1), MJ Morales Sánchez (2),
JM Krivocheya Montero (1), JV Palomo Carvajal (1),
N Mohamed Mohand (1), V Valverde López (1)

Urgencias. Hospital Comarcal de Melilla

Palabras clave: tuberculosis, enfermedad de Chron, biopsia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente varón de 51 años que acude al SUHC por presentar cuadro de pérdida de peso (9 Kg) en poco tiempo, en relación con gastralgia, vómitos y diarrea con debilidad generalizada. Diarrea sin sangre ni productos patológicos. Entre sus antecedentes personales destaca miastenia gravis EXPLORACIÓN FÍSICA REG, temperatura de 39°C, FC 92 lpm TA 113/70, Saturación 96% Neurológico: Debilidad en musculatura del cuello. No ptosis, moviliza las cuatro extremidades de forma normal. Cardiovascular: Rítmico sin soplos, algo taquipneico, buena ventilación global Abdomen: Blando, no doloroso sin signos de irritación peritoneal. No visceromegalia. Peristaltismo conservado. No edemas ni signos de TVP PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica general: Bioquímica: Sodio 132, cloro 98, proteínas totales 5, albúmina 1,9, PCR > 20. Hemograma: Hemoglobina 11,30, hematocrito 34,10, leucocitosis (16,06) con neutrofilia (15,05) Coagulación: Normal. EVOLUCIÓN: Se decide ingreso del paciente a cargo de Digestivo con el diagnóstico inicial de gastroenteritis realizándose nuevos exámenes complementarios: TAC abdominal: Engrosamiento de las paredes del ciego e ileon terminal con adenopatías en la raíz del mesenterio valorado en colonoscopia anteriormente Estudios de coprocultivos, parásitos y micobacterias en heces. Positividad de la tinción de Zhiel para Micobacterias en heces Así ya diagnosticamos al paciente de tuberculosis intestinal. Iniciamos el tratamiento con tuberculostáticos, pero durante su estancia el paciente comienza con un dolor abdominal de inicio súbito por lo que se realiza nuevo TAC encontrándose en el neumoperitoneo por lo que es intervenido de forma urgente encontrándose perforación a nivel de ileon y ciego Tras la cirugía la evolución del paciente es satisfactoria, siendo dado de alta y con continuación del tratamiento antituberculoso en domicilio. DIAGNÓSTICO: Tuberculosis intestinal. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: El principal diagnóstico diferencial que debemos realizar en urgencias es con la enfermedad de Crohn por el motivo que expondremos a continuación.

Conclusiones:

La tuberculosis intestinal es una entidad frecuente en nuestro país, cuya incidencia está aumentando, aunque su afectación intestinal es rara. Supone un reto ya que carece de unas manifestaciones clínicas y analíticas específicas. La importancia del diagnóstico diferencial radica en el tratamiento con corticoides, que es el tratamiento de elección de la EI, pero que puede llegar a producir la muerte en la tuberculosis.

A-1188

POR UN MUNDO LIBRE DE MALARIA

C Ibero Esparza (1), L Sánchez-Iñigo (1), D Navarro González (1),
M Díaz Noain (1), A Herrero Azpiazu (2), I Pérez Litago (1)

(1) Hospital García Orcoyen, (2) Complejo Hospitalario de Navarra

Palabras clave: malaria, prevention, fever

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

La malaria es una de las principales causas de pobreza y de desigualdad en el mundo. En 1998 se creó la Alianza para Hacer Retroceder la Malaria. 10 años más tarde se publicó el primer Plan de acción mundial contra la malaria: un mundo libre de malaria 2008-2015. Desde entonces se han evitado más de 4,3 millones de muertes por malaria. Presentamos el caso de una española de 30 años sin antecedentes de interés que llega a un hospital comarcal. Acude a Urgencias tras haber estado de viaje en una zona de riesgo de enfermedades tropicales por fiebre alta, mialgias y artralgias de 4 días de evolución. Sin expectoración ni disnea. No clínica digestiva ni urinaria. Refiere no haber tomado profilaxis contra la malaria. En Urgencias se registra temperatura de hasta 39,7. Resto de la exploración normal. Destaca en la extensión de sangre la presencia de formas parasitarias. Se derivó a la paciente al hospital de referencia para iniciar y recoger tratamiento con difosfato de cloroquina (620 mg los dos primeros días y el tercero 310 mg). La paciente evolucionó favorablemente. La segunda causa de consulta, que afecta a un 20% de viajeros de zonas tropicales es la fiebre. Entre el 30-40% de estas consultas se deben a la malaria. Se transmite a través de una picadura de un mosquito hembra: Anopheles. P. Falciparum es el más frecuente. El síntoma principal es la fiebre y suele estar acompañado por síntomas inespecíficos. Para su diagnóstico es crucial el examen de la sangre en busca de parásitos. La gota gruesa tiene una sensibilidad 10 veces mayor que las extensiones.

Conclusiones:

El caso que presentamos nos demuestra que el mundo está cada vez más interconectado, la distribución es muy desigual y la enfermedad se ha vuelto más heterogénea. Esto ha llevado a la OMS desarrollar una nueva guía (Acción e Inversión para vencer a la Malaria 2016-2030: por un mundo libre de malaria) con el objetivo de reducirla de manera significativa para conseguir su erradicación.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1189

INFARTO ESPLÉNICO COMO PRIMER EVENTO EMBÓLICO EN PACIENTE ASINTOMÁTICO CON FIBRILACIÓN AURICULAR DE CRONOLOGÍA INCIERTA

P Tranche Álvarez-Cagigas, Y López Albarrán, LJ Arce Segura, E Díaz Vera, CC Carrasco Vidoz, M Sánchez Vicente

Hospital Infanta Leonor. Madrid

Palabras clave: infarto esplénico, fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 55 años, tabaquismo activo (IPA 40 paquetes/año) y consumo esporádico de alcohol, sin otros antecedentes personales de interés, consulta en el Servicio de Urgencias por dolor en flanco izquierdo y sensación nauseosa sin llegar al vómito de 48 horas de evolución. No otra sintomatología acompañante. En la exploración física destaca malestar general, palidez cutánea, auscultación cardíaca arritmica y masa palpable en flanco izquierdo que impresiona de esplenomegalia dolorosa con peritonismo. Resto de exploración sin alteraciones. Cifras TA 110/69 mmHg. En estudio analítico se observa Leucocitosis 12.500/mm³, Neutrofilia 9.400/mm³, PCR 92.2 mg/L y proBNP 3949 pg/mL. Hb 14 g/dL (sin previas). Función renal, hepática, LDH, Troponina I y CPK normales. EKG FA a 70lpm. Reinterrogado no refiere traumatismo previo, no dolor torácico, disnea ni palpitaciones. Se solicita TAC abdominal ante sospecha de hematoma esplénico. Se identifica una hipodensidad en cuña del parénquima esplénico que afecta aproximadamente a 1/3, compatible con infarto esplénico. Pequeña cantidad de líquido libre en fascia lateroconal, perirrenales y fondo de saco rectovesical. Aorta, ramas viscerales y arteria esplénica permeables sin aterosclerosis significativa. Valorado por Cirugía General (actitud conservadora). Pasa a zona de monitorización para control clínico, inicio de anticoagulación con Enoxaparina e ingreso hospitalario, observándose FA a 130 lpm. Se inicia control de frecuencia con Diltiazem 60mg/8 horas durante 24 horas y posteriormente Digoxina (impregnación 0.5mg y posteriormente 0.25mg cada 4 horas), persistiendo frecuencia de 120-130lpm, por lo que se solicita TAC tórax que descarta TEP (presencia derrame pleural bilateral). A las 24 horas se observa mejoría del estado general, disminución de analgesia y control de frecuencia.

Conclusiones:

La búsqueda de las causas más frecuentes de infarto esplénico permitió descubrir una FA de cronología incierta en un paciente asintomático desde el punto de vista cardiológico. Con el tratamiento de causa y consecuencia se logró una buena evolución clínica.

A-1191

ANEMIA HEMOLÍTICA SEVERA POR CRIOAGLUTININAS EN NEUMONÍA POR MYCOPLASMA

AJ Ruiz Fernández

Hospital Universitario Madrid Montepríncipe. Boadilla del Monte, Madrid

Palabras clave: mycoplasma, anemia hemolítica, aglutininas

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 51 años de edad con antecedente de HTA, gastritis crónica, polipectomía colónica, Herniorrafia umbilical, litiasis urinaria, Pancreatitis aguda y Fumador de 30 cig/día Tratamiento con ARAII, B-Bloqueantes Acude a urgencias por fiebre, tos, mucosidad y dificultad respiratoria. Atendido 24 h antes en otro centro se diagnostica neumonía y se aconseja ingreso. El paciente lo rechaza por encontrarse bien y se trata de modo ambulatorio con levofloxacino + amoxi/clavulánico. Acude de nuevo por empeoramiento del estado general Exploración: TA 120/90, FC 126, Sat 95% y Tra 37 Palidez cutánea, crepitantes en campo medio izdo y sibilancias moderadas bilaterales. No signos de fallo cardíaco. Analítica: Leucocitosis de 23.000 con neutrofilia y destaca Hb 8.7 y VCM 96 (la analítica del día anterior presentaba Hb en límites inferiores) PCR 107 LDH 1741. Coombs directo POSITIVO Rx: Neumonía LSD Legionella y Neumococo en orina NEGATIVO Ingreso a cargo de M. interna durante el cual el paciente precisa trasfusión de hemoderivados (hb que desciende hasta 6.8). Se confirma IgM anti mycoplasma, tratándose con levofloxacino, azitromicina y corticoides y calor. Juicio Clínico: Neumonía por mycoplasma con anemia hemolítica severa por producción de crioaglutininas.

Conclusiones:

La neumonía por mycoplasmas es una neumonía atípica, que cursa frecuentemente con anemia hemolítica por producción de crioaglutininas. Es importante que el paciente permanezca en ambiente cálido para evitar la hemólisis.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1192

SÍNDROME DE CADASIL

L Carbajo Martín (1), T Aragón Aragón (2), M Chamocho López (3), I León Arévalo (4)

(1) HAR. Utrera, (2) HAR. Écija, (3) HAR. Utrera, (4) HAR. Morón

Palabras clave: brain ischemia, thrombosis, heredity

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 51 años con antecedentes HTA y migraña, en tratamiento con Ramipril/hidroclorotiazida cada 24 horas. En 2011 sufrió un síncope con hipertensión de miembros que se catalogó en crisis convulsiva sin estudiarlo. La paciente consultó a urgencias porque al levantarse notó sensación de mareo con inestabilidad. En el triage se objetivaban cifras de tensión arterial de 202 /113 mm Hg, por lo que se administra medicación hipotensora: alprazolam 0.5mg sublingual y furosemida 20 mg intramuscular. Tras la medicación las cifras de tensión arterial mejoran a 117/94 mm Hg. Avisamos para revisar a la paciente y en consulta comienza con episodio brusco de trastorno de articulación del lenguaje y pérdida de fuerza en miembros superior e inferior izquierdo que le imposibilitaba la deambulación. Activamos código ictus. Antecedentes familiares fallecimiento de su padre por ictus a los 30 años de edad y que su hermana ha presentado varios episodios de ictus, el primero tras el parto (en la actualidad se encuentra tetrapléjica y afásica). Se deriva al hospital de referencia donde la paciente ingresa en planta de neurología realizándole: Estudios de autoinmunidad con ANA Y ANA negativos. Serología de sangre para B. Burgdorferi, VIH, Sifilis, Parotiditis, VVZ, negativos, CMV IgG positivos. Estudio biológico de trombosis con anticuerpos antifosfolípidos negativo. Serología de encefalitis, meningitis crónica y sifilis negativo. TC craneal y TC craneal con contraste: LOE frontobasal parasagital izquierda predominantemente quística. Moderada encefalopatía vascular de pequeño vaso. RM lesión isquémica focal aguda en el brazo posterior de cápsula interna derecha y múltiples milimétricas en territorio frontera con ACM superficial y profunda de ambos hemisferios cerebrales. Hematoma intraparenquimatoso crónico en región anterior de circunvolución del cíngulo izquierdo. Arteriografía cerebral donde no se aprecian estenosis segmentarias que sugieran vasculitis.

Conclusiones:

La sospecha diagnóstica es un Síndrome de CADASIL por la agregación familiar por lo que se inicia estudio genético. Se estudian mutaciones en los exones 2-6-11 del gen NOTCH3 que aparece en el 90% de los casos siendo negativa. En la actualidad presenta secuela de hemiparesia izquierda con una hemiplejía del miembro superior izquierdo con hemianalgnesia y hemihipoestesia en miembros izquierdos así como paresia facial supranuclear izquierda.

A-1193

OTRAS CARAS DE LA ANSIEDAD

L Carbajo Martín (1), T Aragón Aragón (2), I León Arévalo (3)

(1) HAR. Utrera, (2) HAR. Écija, (3) HAR. Morón

Palabras clave: anxiety, dyspnea, thrombosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 56 años de edad, bebedor habitual de 2l de alcohol y fumador de 1.5 paquetes de cigarrillos al día, laringectomía en 2010 por carcinoma de cuerda vocal. En tratamiento con furosemida 40 mg cada 24 h, espironolactona 100mg cada 24h, prednisona 50mg cada 24 h, fentanilo 25 mg cada 24-48 h. Acude a nuestro servicio de urgencias por cuadro de desasosiego, ansiedad, malestar inespecífico, sensación de falta de aire, la familia lo relaciona que lleva unas semanas sin beber alcohol. No fiebre no cuadro catarral los días previos, no dolor torácico. No otra sintomatología por aparatos. En la exploración física cabe destacar su estado afebril y con una saturación de oxígeno del 99%, continua en consulta ansioso e inquieto y no deja de moverse. Auscultación cardiopulmonar anodina. Se solicita analítica completa siendo normal, se administra diazepam 10 mg sublingual, sin mejoría por parte del paciente por lo que se solicita D dímero, electrocardiograma y radiografía de tórax siendo estos anodinos salvo el resultado del D dímero resultado algo alterado 1233. Tras este resultado se solicita tac de tórax con contraste donde se objetiva defecto de repleción visible en arteria lobar inferior extendiéndose hacia segmentaria que pueden sugerir trombo-embolismo junto con aumento de densidad compatible con neo. Juicio clínico: NEO de pulmón que ocasiona clínica de tromboembolismo pulmonar (TEP).

Conclusiones:

Es interesante destacar en este caso la importancia de hacer un diagnóstico diferencial cuando vamos a diagnosticar a un paciente, ya que esto nos puede hacer ver que un mismo síntoma puede ocasionar o ser el origen de otras patologías. La función objetiva del médico que a pesar de que pareciera que el paciente estaba en fase de abstinencia, llegara a indagar un poco más esa falta de aire y desasosiego, a pesar de no tener ni una saturación alterada, ni signos de tromboembolismo en el electrocardiograma (S1Q3T3). Asimismo vemos como en este TEP no está ocasionado por un trombo sino por una neo formación en el pulmón que produce efecto de trombo.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1194

PACIENTE CON FIEBRE: ENDOCARDITIS INFECCIOSA

**JA Suárez Fernández (1), A Delmiro Magdalena (2),
C Elvira Menéndez (3), A Marmesat Montes (3),
A Murcia Olagüenaga (3), M Rodríguez Rodríguez (3)**
(1) El Llano. Gijón, (2) El Coto. Gijón, (3) La Calzada. Gijón

Palabras clave: endocarditis, fiebre, hemocultivos

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Antecedentes personales: varón de 59 años. No alergias medicamentosas. HTA. DM tipo 2. Anamnesis: Acude por fiebre elevada de hasta 39 °C que no remite con antipiréticos. Artromialgias y tiritona desde hace días. Exploración: Temperatura 39°C TA 110/65 Saturación 99% Frecuencia cardíaca 88. Auscultación cardíaca sin soplos, pulmonar sin sobreañadidos. Abdomen anodino. Extremidades inferiores sin edemas. Bioquímica: glucosa 161 urea 92 Creatinina 2.52 sodio 137 potasio 3.82 PCR 37 VSG 48 Bilirrubina total 0.3 Hemograma: leucocitos 12000 hemoglobina 11.5 hematocrito 37 plaquetas 194000 Coagulación: fibrinógeno 847 Urinocultivo: negativo Hemocultivos: negativo Cultivo de punta de catéter central: negativo Serología: negativa Ecografía abdominal: Bazo con múltiples lesiones de morfología irregular, la mayor de 5 cm que podrían corresponder con focos de abscesificación/embolismos sépticos Ecocardiograma transtorácico y transesofágico: vegetación en cara ventricular de válvula aórtica compatible con endocarditis nativa sobre válvula aórtica bicúspide no disfuncionante. Juicio clínico: Se trata de una endocarditis infecciosa sobre válvula nativa aórtica con embolismos sépticos esplénicos y aórticos con hemocultivos negativos. Tratamiento: Se cubrió empíricamente con Piperacilina/Tazobactam y Gentamicina. Ante el no crecimiento de gérmenes en ninguna de las tandas de hemocultivos se cambió a Cefotaxima con Doxiciclina y Gentamicina. Evolución: Ingresa ante un cuadro infeccioso subagudo, con sepsis no complicada y sospecha de endocarditis bacteriana, con embolismos esplénicos sépticos. Hemodinámicamente presentaba leve hipotensión con taquicardia que recuperó y estabilizó con reperfusión de volumen. En el TAC de control desapareció la lesión aórtica y ya no se observaban verrugas en el ecocardiograma de control. La evolución es favorable y en el momento actual se encuentra a seguimiento por Medicina Interna y por su Médico de Atención Primaria.

Conclusiones:

Ante un paciente con fiebre, el primer objetivo, es detectar aquellos signos de alarma que indiquen un peligro inmediato para la vida del paciente. Se buscarán signos de inestabilidad hemodinámica y mala perfusión periférica que hagan sospechar la presencia de shock séptico, signos de CID (petequias), signos meníngeos, signos de abdomen agudo, signos de insuficiencia respiratoria, o la presencia de hiperpirexia. Todos estos pacientes requieren ingreso rápido en una Unidad de Observación para su estabilización e iniciar las maniobras diagnósticas y terapéuticas oportunas.

A-1195

EJERCICIO FÍSICO Y TROMBOSIS. UN CASO DE SÍNDROME DE DESFILADERO TORÁCICO

M Rodríguez Ventura, E Lagares Santana, F Muñoz Lara
Hospital Regional de Málaga

Palabras clave: thrombosis, angioplasty, sports injuries

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varon de 33 años intervenido con prótesis de hombro derecho por luxación recidivante. Múltiples lesiones deportivas sin necesidad de cirugía (rodilla, tobillo, hombro colateral). Acude al hospital por cuadro de tumefacción y dolor en brazo derecho que relaciona con la realización de ejercicio físico (flexiones) de tres días de evolución. En la exploración inicial destaca aumento de diametro desde raiz de brazo derecho con circulación colateral y buenos pulsos distales. Se realiza Eco-doppler objetivándose trombosis extensa a nivel de vena subclavia, axilar, basilica y cefálica derecha y se traslada a sala de radiología intervencionista donde se le practica fibrinólisis inicial con r-TPA y posteriormente angioplastia con balón por persistencia de flujo lento y el hallazgo de estenosis entre primera costilla y clavícula. Tras 4 días de ingreso se marcha a domicilio asintomático con tratamiento anticoagulante.

Conclusiones:

Aunque se trata de un caso infrecuente tenemos que tener especial precaución en el diagnóstico diferencial trombotico en pacientes con actividad física elevada. En caso de dudas diagnósticas es necesaria la realización de una ecografía-doppler para poder realizar las medidas terapéuticas adecuadas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1197

ME AHOGO Y TIEMBLO

**T Álvarez Balseca, A Egea Huertas, MJ Fernández Rodríguez,
G Alonso Sánchez, MH Vidal Giménez, FJ Fernández Valero**

Hospital Comarcal del Noroeste. Murcia

Palabras clave: neoplasia, atelectasia, toracocentesis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: Paciente de 84 años y en cuidados paliativos por pluripatología, es traído a Urgencias por presentar dificultad respiratoria brusca y tiritona de una hora de evolución. Antecedentes personales: No alergia a medicamentos conocida, HTA, Fibrilación auricular de reciente diagnóstico, Hepatopatía enólica, Insuficiencia renal crónica, Anemia a estudio, HBP, Posible Neo de esófago distal a estudio. **OBJETIVO:** se procede a toma de constantes vitales, exploración física y realización de pruebas complementarias. **CYO,** mal estado general, leve palidez cutánea, normohidratado, asténico, taquipneico, sudoroso. Afebril. **SNC:** PICNR, sin focalidad neurológica. **AC:** rítmica sin soplos. **AP:** Hipoventilación general, leves crepitantes en base pulmonar izquierda, no roncus ni sibilantes. **AB:** blando y depresible, nos e palpa masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal. **Pruebas complementarias:** - Bioquímica :Glu 286 mg/dl, Urea 67mg/d, Cr 2.20 mg/dl, Sodio 137 mmol/L, K 5.5 mmol/L - Hemograma: Leucos 17.13, Neu 56.7, Linf 35.4, Hties 3.90, Hb 10, Hto 31.6, VCM 81, PlaQ 475.000 - Gasometría arterial: Ph 7.28, pCO2 30 mmHg, pO2 42, Bic 14. - Coagulación: normal - Radiografía de tórax AP: Se observa Atelectasia en pulmón izquierdo **MATERIAL O PACIENTES O MÉTODOS:** se pasa al paciente al área de observación para monitorización ,toma de constantes y tratamiento específico. **Juicio Clínico:** Insuficiencia respiratoria secundaria a Atelectasia de pulmón izquierdo. **RESULTADOS:** Se realiza toracocentesis en urgencias y luego de unos días de mejoría clínica y resolución de problema inicia se decide alta con pauta antibiótica , oxigenoterapia y seguimiento en cuidados paliativos.

Conclusiones:

Esta urgencia al presentarse inesperadamente y por la gravedad junto con las posibles complicaciones que puede traer, debemos estar preparados para diagnosticarla e iniciar tratamiento según la causa.

A-1198

CUANDO EL TROMBOEMBOLISMO PULMORAR SÍ ES LO QUE PARECE

**M Fuentes de Frutos (1), P Costa Alba (1), IJ Cuadrado Blanco (1),
R Rodríguez Borrego (1), A Gómez Prieto (2)**

(1) Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, (2) Emergencias Sanitarias. Salamanca

Palabras clave: disnea, dolor torácico, tromboembolismo pulmonar

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Presentamos el caso clínico de mujer de 32 años con TEP en el que el diagnóstico se sospechó y se buscó. Antecedentes personales de ovario poliquístico. Tratamiento con anticonceptivos orales y fumadora de 10 cigarrillos/día. Acude al servicio de urgencias presentando palpitaciones desde hace 5 días asociando disnea, asociando dolor de características pleuríticas en hemitórax derecho. Ante la sospecha de TEP reinterrogamos a la paciente refiriendo hace 2 semanas dolor en región posterior de pierna izquierda que aumentaba con la deambulación, diagnosticada de rotura fibrilar y pautándose reposo. **Exploración:** Normal. Leve dolor a la palpación de pantorrilla izquierda **TA:** 127/70, **FC** 116 lpm, **FR:** 22 rpm, saturación: 96% **ECG:** RS a 110 lpm. **QRS** a 15°. **BRDHH.** Analítica: 16.120 leucocitos, **PCR** 11.77, **D-Dímero** 7 **RX** de tórax: imagen de aumento de densidad en LSD de forma triangular. **ANGIOTAC:** TEP masivo bilateral, con áreas de condensación en LSD e LII de infarto pulmonar, leve HTP y sin afectación de cavidades derechas. **DOOPLER DE EEII:** Trombosis completa de poplítea y tibial posterior. **PESI** 51% bajo riesgo.

Conclusiones:

El TEP es una enfermedad menos frecuente que el IAM o ACV pero tan grave como las anteriores. Se estima una incidencia aproximada en España de un caso por cada 1000 habitantes. Consiste en el enclavamiento de un trombo desprendido desde el territorio venoso, en las arterias pulmonares. Más del 90% de los casos, proviene del sistema venoso profundo de las extremidades inferiores. Se desencadena por la interacción entre factores de riesgo relacionados con el paciente y otros, con el contexto. El diagnóstico de TEP surge en base a la sospecha clínica, pero debido a la gran variabilidad en su forma de presentación, se recomienda utilizar escalas suficientemente validadas de predicción de probabilidad clínica, como la Escala de Wells y la de Ginebra. A nivel del laboratorio, podemos determinar los D-dímeros con un VPN alto. Como pruebas radiológicas, el angioTAC es la prueba de imagen de elección. También se pueden utilizar la gammagrafía ventilación/perfusión y la ecografía venosa de EEII. En pacientes estables el pronóstico se puede calcular utilizando escalas como la Escala Pulmonary Embolism Severity Index (PESI). El tratamiento varía siendo necesario tanto fibrinólisis como anticoagulación.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1199

MENINGITIS OTÓGENA EN EL ADULTO

**O González Alemán, A Fernández Cuervo, S Álvarez-Ossorio Cisneros,
A Rodríguez Camacho, A Garrino Fernández**

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Palabras clave: meningitis otógena, adulto

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente varón 37 años con antecedentes personales de otitis supuradas de repetición en la infancia que comienza con otalgia izquierda y cefalea holocraneal, motivo por el que solicita atención médica ambulatoria, diagnosticándose de otitis media y pautando antibioterapia y tratamiento tópico. 48 horas más tarde acude al servicio de urgencias hospitalarias por empeoramiento de la clínica descrita y fiebre de hasta 39°, realizándose TAC craneal (sin hallazgos) y punción lumbar (sin hallazgos). 24h más tarde el paciente es trasladado a urgencias por cuadro de desorientación y agitación. Ingresa en área de Observación, repitiéndose nueva punción lumbar (compatible con meningitis bacteriana). Se extraen hemocultivos, cultivo de LCR y se solicita detección de Ag de neumococo en LCR, que resulta positivo. Se inicia antibioterapia empírica, se procede a aislamiento de la vía aérea, ingresando posteriormente a cargo de UCI.

Conclusiones:

Es importante recordar que la mala evolución de una infección ótica puede conducir hacia un tipo de afección extremadamente grave como es la meningitis bacteriana aguda. Por ello, los médicos debemos conocer y estar alerta ante ciertos síntomas y signos que pueden aparecer y que puedan hacer sospechar una complicación de un proceso otógeno. Actualmente el neumococo continúa siendo la causa más frecuente de meningitis bacteriana aguda del adulto.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1200

SÍNDROME DE TIETZE: NO SIEMPRE ES UNA SIMPLE INFLAMACIÓN

F Muñoz Lara, E Lagares Santana, M Moreno Fernández, R Narbona Fernández, G Ocete Burgos, Y Villalón Alvarado, M Castillo Trujillo

Hospital Regional de Málaga

Palabras clave: syndrome of Tietze, candidiasis, treatment

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Varón de 43 años con antecedentes de hepatitis C en estadio cirrótico, bebedor de cerveza ocasional y adicto a drogas por vía intravenosa con screening VIH negativo hace un año. Acude a urgencias por presentar una tumoración en región esternocostal derecha desde hace más de un mes a raíz de una inyección de heroína en dicha zona. Valorado en consulta de infecciosos inician tratamiento vía oral con Fluconazol 200 mg cada 12 horas durante un mes y si empeoramiento acudir a urgencias. El paciente acude por empeoramiento de la sintomatología y fiebre de 38 °C. Se solicita analítica con Hb 17,2, leucocitos 12700 con fórmula normal y bioquímica y coagulación normal. Se realiza radiografía de tórax que resulta normal y se solicita TAC de tórax con contraste donde se aprecia lesión lítica de 1 cm en cartilago costal anterior izquierdo con engrosamiento del músculo pectoral mayor y menos en región anterior de hemitorax izquierdo con aumento de la atenuación de la grasa en relación con edema que se asocia a engrosamiento de la pleura parietal anterior. Con sospecha de osteocondritis infecciosa se cursa ingreso en Enfermedades Infecciosas. Durante el ingreso el paciente permanece apirético, dada la evolución tórpida se opta por tratamiento quirúrgico con amplio desbridamiento de partes blandas y cartílago necrótico. Desde entonces evolución muy favorable, sin persistencia de cambios inflamatorios por lo cual se procede al alta tras 10 días de ingreso.

Conclusiones:

La osteocondritis, también llamada síndrome de Tietze se caracteriza por la inflamación de uno o más de los cartílagos que unen las costillas con el esternón. Las causas más frecuentes son: Traumatismos. Esfuerzos físicos importantes. Dormir sobre un costado o boca abajo. Procesos reumáticos. Procesos infecciosos. Osteocondritis candidiasis. Tuberculosis. Síndromes tusígenos. El tratamiento dura de 2 a 3 semanas, y se utilizan fajas para inmovilizar, analgésicos y hielo. En ocasiones se recomiendan movimientos lentos diarios con los brazos. El tratamiento suele ser paliativo, con analgésicos, también dan buenos resultados las infiltraciones locales con esteroides. En ocasiones puede remitir espontáneamente y en los casos de origen infeccioso, en ocasiones precisa de drenaje quirúrgico para su resolución.

A-1201

TOXOPLASMOSIS CEREBRAL EN PACIENTE VIH +

S Perez Pinto, J Lara Lara, R Santiago Gómez

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Madrid

Palabras clave: Toxoplasmosis, VIH, ETS

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

ANAMNESIS: paciente varón de 34 años de edad sin antecedentes personales de interés, es traído por sus familiares a Urgencias porque desde hace unos 7 días le encuentran bradipsíquico, desorientado, con lenguaje en ocasiones inapropiado y la idea obsesiva de presentar una ETS. Además desde hace algunas semanas presenta astenia intensa, pérdida de peso y un episodio de diarrea líquida autolimitada de unos 7 días de evolución. Por otro lado sufre la aparición progresiva de lesiones eritemo-descamativas en la piel, muy pruriginosas, y desde hace unos 15 días odinofagia que es tratada como faringitis con Amoxicilina-ácido clavulámico de forma ambulatoria. El paciente refiere haber tenido desde hace meses varias relaciones sexuales de riesgo. TA: 112/68 mmHg FC: 88 lpm T°: 36,9°C Saturación: 97% EXPLORACIÓN FÍSICA: paciente consciente, orientado. Bradipsíquico, bradilálico y bradicinético. Caquético. Muguet bucal, faringe eritematosa. Se observan lesiones eritemato-descamativas y de rascado de amplia distribución que afectan principalmente abdomen y extremidades, respetando dorso, palmas y plantas. Exploración neurológica: pares craneales normales, bradilálico, bradipsíquico y bradicinético, torpeza motora con leve dismetría, fuerza, sensibilidad y tono conservados, marcha algo inestable, Romberg negativo, resto sin alteraciones. LABORATORIO: HB: 14,5, Leucocitos: 3.400, Plaquetas 95.000 con algunos agregados, PCR: 0,2, Alcohol y tóxicos negativos. Resto sin alteraciones significativas. PRUEBA DE IMAGEN: se solicita TAC de cráneo, donde se evidencian varias lesiones intraparenquimatosas en ganglios basales izquierdos, unión de sustancias gris-blanca con realce irregular y nodular en anillo, y presencia de intenso edema perilesional compatibles con metástasis o proceso infeccioso oportunista. PLAN: se ingresa al paciente en Medicina Interna para estudio, siendo diagnosticado finalmente de toxoplasmosis cerebral e infección por VIH-SIDA.

Conclusiones:

La toxoplasmosis cerebral es una de las infecciones oportunistas más frecuentes en los pacientes con HIV. Aunque en las primeras fases de la enfermedad suele ser asintomática, a medida que avanza el deterioro del sistema inmune se manifiesta la enfermedad con síntomas subagudos. La incidencia de neurotoxoplasmosis va de 3 a 40% en los pacientes HIV positivo, variando según las regiones geográficas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1202

PACIENTE CON SINUSITIS Y DIPLOPÍA

M Rodríguez Casimiro (1), D Diz González (2), S Díaz Lería (2), A Cañas Barranco (2)

(1) Hospital Universitario Virgen de la Victoria, (2) Hospital de Antequera. Málaga

Palabras clave: celulitis orbitaria, sinusitis, diplopía

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Introducción En los últimos tiempos, debido al avance en los diagnósticos y la antibioterapia, las complicaciones de las sinusitis, como la celulitis y los abscesos periorbitarios, son raros. No por ello hay que olvidarlos, ya que su aparición es potencialmente grave, pudiendo ocasionar secuelas que limiten la vida de nuestros pacientes, o incluso amenazar la vida. Método y paciente Mujer de 55 años con antecedentes de Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus y Sinusitis maxilar previa. Acude a urgencias por cefalea hemicraneal izquierda, fiebre, leve edematización palpebral izquierda y vómitos. A la exploración, destaca dificultad para la abducción del ojo izquierdo y diplopía binocular, sin signos de celulitis preseptal. Se inicia antibioterapia intravenosa y se solicita tomografía computerizada (TAC) de órbita y senos paranasales, que muestra colección en el espacio post-septal extracanal que ejerce efecto masa sobre los músculos recto inferior e interno del ojo izquierdo y sobre el globo ocular, desplazándolo lateralmente, ocupación de celdillas etmoidales, seno esfenoidal, senos maxilares, y defecto óseo en la pared medial y suelo del seno maxilar izquierdo, hallazgos que corresponden con celulitis orbitaria izquierda complicada con absceso subperióstico. Se procedió a ingreso en planta de Otorrinolaringología, y se intervino quirúrgicamente mediante descompresión orbitaria y antróstomía maxilar. Mejoría clínica y resolución de la celulitis, aunque al alta persiste con diplopía que será revisada en consulta.

Conclusiones:

Las complicaciones de las sinusitis hoy día son raras, y suelen producirse por la propagación de la infección por contigüidad hacia la órbita, el hueso o el sistema nervioso central. Para el diagnóstico de la celulitis orbitaria es imprescindible la historia clínica, una exploración física que incluya la evaluación de la movilidad ocular y de la agudeza visual, así como de la existencia de proptosis, y una prueba de imagen como es el TAC. Si no se diagnostica a tiempo, puede ocasionar complicaciones como la tromboflebitis del seno cavernoso, la meningoencefalitis, e incluso, la muerte del paciente, o dejar secuelas, como trastornos de la motilidad ocular, disminución de la visión y/o ceguera. Es primordial reconocer estas complicaciones y actuar de manera precoz para evitar complicaciones más serias.

A-1203

NO ERA UN SIMPLE RESFRIADO

MM Fernández de Béjar (1), M Castañ Lagrava (2), JI Giménez (3), LM González Torres (4), B Sánchez García (4), ED Barraza Aguirre (5), JL Bauset Navarro (5)

(1) CS Floridablanca, (2) CS Alcantarilla, (3) CS Vistabella, (4) CS Floridablanca, (5) Hospital Reina Sofía. Murcia

Palabras clave: neumonía, virus de la influenza A, insuficiencia respiratoria

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Varón de 45 años, hipertenso, que consulta por cuadro de tos con expectoración amarillenta y disnea de varios días de evolución, en tratamiento con salbutamol y amoxi-clavulánico desde hace dos días sin mejoría. En urgencias se realiza exploración física, analítica y radiografía de tórax sin hallazgos, diagnosticándose de bronquitis y dándose de alta con corticoides y broncodilatadores. A los 3 días reconsulta por tos, autoescucha de sibilancias y disnea, con fiebre de 38,5°C. Presenta satO₂ 92% con GN e hipoxia con pO₂ 71. A la auscultación sibilates aislados y crepitantes en base derecha, y en radiografía de tórax infiltrado basal derecho. Se diagnostica de neumonía basal derecha y se da de alta con moxifloxacino. A las 24h reconsulta por empeoramiento de la disnea y hemoptisis. Presenta crepitantes bibasales con neumonía bilateral en radiografía, PCT 0,47, satO₂ 92% con GN, lactato 2,7. Persiste disnea e hipoxia con VMK por lo que pasa a observación para VMNI sin mejoría. Ante el empeoramiento clínico progresivo, UCI acepta ingreso cursando muestras para microbiología (esputo, gripe, neumococo y legionella) e iniciando tratamiento con ceftriaxona, levofloxacino, oseltamivir y alto flujo sin mejoría. Se decide IOT y pronación del enfermo. Tras 5 días de ingreso, presenta leve mejoría respiratoria y radiológica aunque continúa con picos febriles, por lo que se recogen nuevos cultivos, se mantiene oseltamivir y se amplía antibioterapia (linezolid, levofloxacino y tazocel). El enfermo presenta mejoría clínica y radiológica progresiva aunque lenta. Tras 20 días en UCI, permanece afebril y aumentando PaFiO₂, permitiendo disminuir parámetros ventilatorios y sedación para iniciar destete.

Conclusiones:

Ante un cuadro respiratorio con afectación general que presenta empeoramiento clínico rápido y gasométrico evidente en un paciente joven, pensaremos en una infección por gripe A o una complicación de la misma. Sobre todo, si la radiografía muestra una neumonía bilateral. En tal caso, ingresaremos al paciente iniciando soporte ventilatorio, oseltamivir y antibióticos, siendo también conveniente la valoración por UCI.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1204

ENCEFALITIS HERPÉTICA: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ

J Toral Marín, S Escalona Rodríguez, N Palomo López, Y Corcia Palomo

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Palabras clave: encefalitis, límbica, herpética

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 65 años, sin antecedentes relevantes, que acude a urgencias por fiebre de hasta 40°C de 24 horas de evolución, desorientación y lenguaje incoherente. El resto de la exploración es anodina. En el Servicio de Urgencias se realiza una TAC craneal con resultado negativo y una punción lumbar oligocelular con predominio de mononucleares. Se cataloga al cuadro de encefalitis linfocitaria y se comienza tratamiento con aciclovir y ampicilina. El paciente requirió ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por bajo nivel de conciencia, evidenciándose crisis faciales y movimientos de chupeteo. Posteriormente, se confirmó la sospecha de encefalitis herpética tras demostrar positividad de la PCR para VHS-1 en el LCR. Se objetivó afectación de la región límbica mediante una RM. Tras unos días de estancia en UCI y tratamiento con aciclovir, el paciente pudo ser dado de alta a la planta asintomático.

Conclusiones:

La encefalitis herpética tiene una elevada mortalidad sin tratamiento (>70%). El inicio temprano del tratamiento es uno de factores que más afecta al pronóstico de la enfermedad. Por lo tanto, es de gran importancia la sospecha precoz de este cuadro ante la clínica descrita.

A-1205

EL VIRUS LLEGÓ A ESPAÑA

L Said Mohamed, JM Krivocheya Montero, S Saavedra Casado, MC Guerrero Muñoz, MJ Ferre Martínez, M Mohamed Mohamed

Urgencias. Hospital Comarcal de Melilla

Palabras clave: leucopenia, artralgias, exantema

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente mujer de 49 años acude a nuestro Servicio de Urgencias por presentar fiebre, exantema posfebril, mialgias y artralgias, cefalea y odinofagia. Como antecedente debemos hacer mención que la paciente estuvo en un viaje en Colombia hasta hacia 4 días antes, donde refiere picadura e un mosquito EXPLORACIÓN FÍSICA: COC, REG, fiebre de 39°C, aceptable estado de hidratación y de perfusión Piel: Exantema de forma generalizado, que no desaparece a la vitopresion de tipo purpúrico Orofaringe hipermica sin exudados Neurológico. Pupilas isocóricas y normorreactivas con MOE conservados sin focalidad neurológica, signos meníngeos negativos ACR. MVC sin ruidos patológicos, tomos rítmicos sin soplos cardíacos audibles Abdomen blando, depresible, no doloroso a la exploración en ninguno de los cuadrantes sin irritación peritoneal EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS Analítica general: Bioquímica: Sodio 130, cloro 96, PCR 1,5 Hemograma: Leucocitos (2,52), linfocitos (3,03) Coagulación. Sin alteraciones Hemocultivos. Negativos desde su extracción Radiografía de tórax: Índice cardiotorácico normal, no se aprecian condensaciones Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 95 lpm, sin trastornos del ritmo ni de la repolarización. EVOLUCIÓN: Se le recomienda a la paciente tratamiento domiciliario antitérmico y reposo, solicitándole analítica con serología ante la sospecha que teníamos. Unos días más tarde, valorando la analítica en su médico de cabecera, se obtienen los resultados de serología con positividad para el virus Chikungunya Ig G La evolución del paciente es favorable, cediendo el cuadro a los 4-5 días de su instauración. DIAGNÓSTICO: Caso confirmado de virus Chikungunya. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: El diagnóstico diferencial de la infección del virus Chikungunya debe plantearse principalmente con el Dengue y con la infección por el virus Zika

Conclusiones:

En Urgencias debemos aprender que ante una fiebre y un exantema, debemos preguntar si la persona ha realizado algún viaje en días previos, ya que nos podemos encontrar ante infecciones de este tipo, que posteriormente son necesario declarar, ya que pueden constituir una alarma a la población donde se dé el caso.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1206

A PROPÓSITO DE UN CASO: NEUMONÍA NECROTIZANTE

**S Medina Ruiz, E Bellido Pastrana, I Simón Prado,
E Villanueva Yome**

Hospital Punta Europa. La Línea de la Concepción, Cádiz

Palabras clave: fiebre, agitación, confusión

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 58 años intervenida de adenocarcinoma metastásico (cerebral, suprarrenal, adenopatías interaortocava) de origen probablemente pulmonar y carcinoma epidermoide de base de la lengua tratado con radioterapia. Es traída a Urgencias por agitación y confusión con fiebre de pocas horas. El familiar refiere problemas para alimentación por disfagia postradioterapia. A su llegada, se encuentra febril, agitada, confusa, poco colaboradora, difícil exploración de signos meníngeos. En la auscultación pulmonar hipoventilación en vértice derecho con crepitantes sobreañadidos. El resto de la exploración normal. En analíticas se observa hemoglobina 7.1 gr/dl, hematocrito 22.7%, leucocitosis con neutrofilia, 1225000 plaquetas, potasio 2.27 mEq/dl, mioglobina 301,4 ng/ml, PCR 32,12 mg/dl, etanol 0.02 g/l, orina con tóxicos positivo a benzodiazepinas y tetrahidrocannabinol, gasometría venosa normal, electrocardiograma normal. Se solicita TAC de cráneo donde se observa craneotomía temporal izquierda. Lesión hipodensa cortical temporal izquierda, sugestiva de encefalomalacia por cirugía. Sistema ventricular y cisternas de la base normales. Línea media centrada. No sangrado ni edema. Punción lumbar con líquido normal. En radiografía de tórax se identifica aumento de densidad que afecta a la totalidad del lóbulo superior derecho, que como primera posibilidad habría que valorar proceso neumónico. Menos probable naturaleza neoplásica. Se solicitó TAC de tórax para descartar complicaciones o proceso neoplásico sobreañadido en el que se apreció gran consolidación necrosada en lóbulo superior derecho, atelectasia/consolidación del lóbulo inferior derecho, ocupación de la luz del bronquio derecho, moderado derrame plural derecho y pequeño izquierdo, suprarrenalectomía derecha y nódulo esplénico. Diagnóstico diferencial: carcinoma broncogénico, tuberculosis, nocardia, endocarditis derecha por *S. aureus* y hongos. Diagnóstico final: Neumonía necrotizante del lóbulo superior derecho con derrame pleural bilateral, atelectasia del lóbulo inferior derecho y ocupación de la luz del bronquio derecho. Evolución: La paciente presentó episodios de agitación difícilmente controlados, comenzó a deteriorarse clínica y hemodinámicamente con hipotensiones mantenidas a pesar del tratamiento con fluidos y transfusiones, así como disnea, taquipnea y tiraje que desencadenaron parada cardiorrespiratoria y fallecimiento de la paciente.

Conclusiones:

Cuando un paciente refiere síntomas pulmonares o fiebre con otros signos de gravedad como confusión mental y presenta circunstancias

predisponentes para la aspiración (alteración del nivel de conciencia, alcohol y drogas, convulsiones, ictus, trastornos de la deglución, edad avanzada, etc) debemos plantearnos la neumonía por aspiración o neumonía necrotizante. Todos los pacientes con neumonía necrotizante requieren ingreso hospitalario y tratamiento antibiótico de amplio espectro a altas dosis durante tiempo prolongado. Valorar el ingreso en UCI si deterioro del nivel de conciencia o hemodinámico, shock séptico o necesidad de ventilación mecánica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1207

FIBROSIS PULMONAR IATROGENA

S Ramírez Plaza, E Lagares Santana, M Rodríguez Ventura

Hospital Regional de Málaga

Palabras clave: fibrosis, dyspnea, familial polycythemia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 77 años jubilado (electricista de profesión), ex-fumador, diabético insulín-dependiente, hipotiroideo y en seguimiento por Hematología por policitemia vera. En tratamiento con Humalog, Eutirox 50, AAS 100, Hydrea 500. Cuadro de disnea de más de 2 meses de evolución con empeoramiento en los últimos días a raíz de cuadro distérmico sin tos ni expectoración. A su llegada normotenso con saturación basal de 93% y taquipnéico por lo que ingresa en el área de Observación donde se estabiliza y queda ingresado a cargo de Medicina Interna. Durante el ingreso se realiza TAC de tórax con patrón compatible con patología intersticial vs síndrome distrés respiratorio del adulto y derrame pleural derecho (trasudado por muestras de laboratorio). Una vez descartada la etiología infecciosa y ante la sospecha de toxicidad farmacológica (hydrea) se suspende el fármaco obteniéndose mejoría importante. Tras dos semanas de ingreso se procede al alta a domicilio con la reintroducción del fármaco y la vigilancia estrecha por parte de Hematología.

Conclusiones:

En pacientes pluripatológicos donde la disnea puede tener causa multifactorial es imprescindible realizar una completa historia clínica para descartar la causa tóxica y poder realizar las acciones necesarias para su suspensión o bien modificación.

A-1208

DOCTORA, TENGO SANGRE EN LA BOCA

LM González Torres (1), MM Fernández de Béjar (1),
M Castán Lagrava (2), JI Giménez (3), S Galicia Puyol (4),
JL Bauset Navarro (4), JJ López Pérez (5)

(1) Centro de Salud Floridablanca, (2) C.S. Alcantarilla,
(3) C.S. Vistabella, (4) Servicio Urgencias. Hospital General
Universitario Reina Sofía, (5) C.S. Santomera. Murcia

Palabras clave: neumonía, influenza A virus, shock, séptico

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Motivo de consulta y antecedentes: Mujer de 36 años sin antecedentes de interés que consulta por disnea. Enfermedad actual: Desde hace una semana tos seca, cefalea y fiebre, con mejoría parcial con antitérmicos. En los últimos dos días, empeoramiento con disnea de reposo y esputo hemoptoico. No ha consultado antes por estar cuidando de sus dos hijos enfermos: uno con gripe A+ y otro con escalatina. Esta mañana consulta tras la insistencia de su familia. Exploración física: temperatura 37.2°, TA 70/40 mmHg, FC 156 lpm, SatO₂ (con FiO₂ 0,21) 70%, FR 40 rpm. Consciente y orientada, mal estado regular, mal perfundida e hidratada. Taquipnéica, con trabajo respiratorio y tiraje. Sudorosa. Orofaringe hiperémica, con sangre roja y espumosa. Vía aérea edematosa. Auscultación cardiopulmonar: rítmico sin soplos. Crepitantes hasta campos medios bilaterales. Abdomen: blando y depresible sin dolor. Frialdad de miembros inferiores, sin signos de trombosis venosa profunda, sin edemas y con pulsos presentes. Signos meníngeos negativos. Pruebas complementarias: Bioquímica: Filtración glomerular 18 ml/min. Glucosa 91, urea 67, creatinina 3.2, sodio 132, potasio 3.2, CPK 333, Procalcitonina 152. Hemograma: 1.700 leucocitos, 75.6% neutrófilos, 16.5% linfocitos. Hemoglobina 14, plaquetas 136.000. Coagulación: actividad de protrombina 49%, Dímero D 33591. Gasometría arterial: (FiO₂ 1) Ph 7.18, pO₂ 97, Pco₂ 29, cco₃ 12, EB -17, lactato 11.4. Radiografía tórax pa y lat: infiltrados alveolares periféricos de predominio basal. TAC tórax: ocupación alveolar bilateral compatible con proceso infeccioso. Hemocultivos: negativos. Exudado faríngeo: S. Pyogenes. Test rápido de gripe A: negativo. P.C.R. positiva a posteriori. Evolución: En hemodinámica: urbason, nebulización, oxigenoterapia y sueroterapia. Se ingresa en UCI y se procede a intubación orotraqueal taquipnea y trabajo respiratorio importante persistente tras oxígeno a alto flujo. Por hipotensión mantenida, se pauta noradrenalina. Se cubre empíricamente con antibióticoterapia de amplio espectro incluyendo oseltamivir. Precisa de hemofiltro, sueroterapia, adrenalina y dopamina. A las 26 horas después la paciente fallece. (espera de necropsia) Diagnóstico: Shock séptico refractario por S. Pyogenes. Fracaso multiorgánico. Síndrome gripal (A+) como proceso inicial.

Conclusiones:

A su llegada, refería tener sangre en la boca. Empeoramiento de 48h, sin consultar (tengo dos niños enfermos y tengo que cuidarlos). Al final, consultó por insistencia de la familia, ya con shock séptico refractario, falleciendo a las 26 horas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1209

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR Y CARCINOMA GÁSTRICO SANGRANTE

Y A G, R Noriega Leyva, N Hernández

Hospital General de Alicante

Palabras clave: pulmonary embolism, bleeding gastric carcinoma

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Antecedentes patológicos: Hombre de 33 años con antecedentes de Carcinoma gástrico avanzado diagnosticado hace 3 meses, en tratamiento paliativo. Durante el ingreso se realiza TAC para estadiaje donde se evidencia trombo en arteria pulmonar derecha con eco-doppler negativa, se decide no iniciar tratamiento anticoagulante por el riesgo hemorrágico. Fumador de 1 paquete de cigarrillos/día Enfermedad actual: acude al servicio de Urgencias por disnea hasta hacerse de reposo, fundamentalmente en decúbito supino, dolor en costado izquierdo y expectoración con hilillos de sangre. Niega fiebre termometrada Exploración física: Tº: 38.5°C TA: 115/60 mmHg GC 110 lpm SaO2 94% ACP: rítmica, crepitantes en base izquierda. MMII: edemas con fóvea hasta rodillas bilaterales. Pruebas complementarias: ASU: PCR 5 Leucocitos 10 000 Hb 9.5 Plaquetas 455 000 Dímero D incuantificable ECG: ritmo sinusal a 110 lpm, S en DI, Q en DIII sin alteraciones agudas de la repolarización RX de tórax: infiltrado en base izquierda Puntuación en la Escala de Wells: 6 puntos Angio-TAC: tromboembolismo pulmonar bilateral Con todo lo anterior, se comenta el caso con el Servicio de Hematología y se decide tratamiento antiagulante con perfusión continua de heparina.

Conclusiones:

La enfermedad tromboembólica es un diagnóstico relativamente frecuente en pacientes adultos con tumores sólidos. Las estadísticas formales son muy parciales e incompletas, pero es evidente que algunas neoplasias se asocian con mayor incidencia de estas complicaciones. El enfoque diagnóstico y terapéutico en estas situaciones debe ser interdisciplinario, con la participación de los hematólogos, radiólogos intervencionistas y cirujanos, según los casos

A-1210

HIDRONEUMOTÓRAX COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ENFISEMA

E Peraita Fernández, M Andrés Gómez

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras clave: enfisema, neumotórax, urgencias médicas

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 45 años, ex-fumador hace más de 15 años y sin otros antecedentes de interés que es remitido al S.U. de nuestro hospital por un cuadro de 10 días de evolución de fiebre (máximo 39°C) acompañada de dolor pleurítico en hemitórax derecho y tos no productiva sin respuesta a tratamiento antibiótico. En la primera exploración destacaba leve taquipnea de reposo (28 rpm) con hipoxemia [SaO2 (FiO2 0,21): 91%] y silencio al auscultar hemitórax derecho. La radiografía de tórax mostró un hidroneumotórax derecho.

Conclusiones:

Las enfermedades comunes a menudo se nos presentan de forma atípica y es labor de los profesionales de la salud el estar atentos a una adecuada historia clínica y exploración sin olvidarse de incluir diagnósticos diferenciales poco comunes a medida que se van descartando patologías.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1217

CONSECUENCIAS DE LA MALABSORCIÓN

**AB García Soto (1), V Piña Martín (2), V García Soto (3),
C García Soto (4)**

(1) Hospital Costa del Sol, (2) Hospital Torrecárdenas, (3) Royal
Surrey County Hospital, (4) Fresenius Clínica

Palabras clave: magnesio, hipopotasemia, hipocalcemia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción: Varón 55 años, hipertenso, diabético, Ictus isquémico cerebeloso izquierdo por estenosis arteria vertebral izquierda. Enfermedad celíaca desde 2013 refractario a tratamiento dietético con síndrome de malabsorción y maldigestión grasa en tratamiento inmunosupresor ó-mercaptopurina y esteroides. Acude por debilidad en miembros inferiores de 24 horas de evolución con inestabilidad de la marcha, aunque no clara ataxia. Episodio autolimitado de parestesias en manos hace 48 horas. Manifiesta diarrea escasa líquida intermitente. Objetivo: Identificar causas que provoquen clínica neurológica. Material o paciente y método: Ta 110/60, fc 83, T 36, Glasgow 15, glucemia 280, buen estado general, orientado, bien hidratado. ACR. normal. Neurológico pares craneales y lenguaje normal, fuerza y sensibilidad conservada en miembros superiores, disminución fuerza proximal 2/5 y distal 3/5 en ambos miembros inferiores sin déficit sensitivo, reflejos tendinosos abolidos y amiotrofia. Analítica: creatinina 0.98, urea 21, potasio 2.5, Na 136, leucocitos 6060, Hb 10, resto sin alteraciones, gasometría normal. Orina: 1-3 leucos/campo, K: 9.9, Na: 16. ECG: RS 63 lpm, T aplanada y QT 496 ms. Radiografía tórax: normal. TAC cráneo: lesiones isquémica crónica hemisferio cerebeloso izquierdo y territorio de ACM derecha. Ingresos en observación para vigilancia y reposición de potasio. Resultados: Tras 4-5 horas de tratamiento: potasio 2.3, resto normal, a pesar de aportes 120 meq K/ 24 horas. Se revisa administración correcta, dado antecedentes malabsorción, se amplía estudio a magnesio y calcio: Mg 0.8, calcio corregido: 5.8. Se inicia reposición de todos los déficits electrolíticos mejorando claramente la sintomatología y desaparición alargamiento QT. En menos de 24 horas deambula con normalidad, K 3.1, calcio corregido 9.1, magnesio 1.4. Diagnóstico Final en urgencias: Hipopotasemia, hipocalcemia e hipomagnesemia grave y sintomática(con repercusión neurológica y electrocardiográfica) secundario a síndrome malabsorción por enfermedad celíaca.

Conclusiones:

Es necesario tener en cuenta que los trastornos hidroelectrolíticos pueden causar clínica neurológica y cardíacas (arritmias). El magnesio no suele formar parte del perfil de laboratorio básico urgente, por lo que hay que tener en cuenta su déficit ante la falta de corrección del potasio y calcio a pesar de los aportes correctos.

P-1223

ENCEFALOPATÍA AGUDA REVERSIBLE: ¿L-CARNITINA RESPONSABLE?

**LM Maestro Gilmartín, A Cabezas Amurgos, R. López González,
M Varela Robla**

Servicio de Urgencias del Caule. León

Palabras clave: L-carnitina, sulpiride, encefalopatía

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Varón de 23 años, búlgaro y sin antecedentes de interés salvo TBC en la infancia. No consume tóxicos, salvo alcohol ocasionalmente. Deportista, lleva varios meses tomando L-carnitina como potenciador muscular. Es visto en atención primaria por cuadro de malestar, odinofagia, astenia, cefalea y sensación distérmica. Recibe tratamiento con metamizol oral y un inyectable de sulpiride. 24 horas después, en su domicilio comienza con lenguaje incoherente, alteración de la conducta y disminución del nivel de conciencia. Se objetiva de nuevo en el centro de salud que está consciente y orientado y que presenta rigidez y temblores generalizados. Se sospecha de extrapiramidalismo, siendo administrado Akineton y diazepam y remitiendo al paciente a urgencias. A la exploración está consciente, inatento, lenguaje poco fluente, obedece alguna orden simple. Rigidez generalizada. Temblor fino generalizado. Alguna mioclonía. Hiperhidrosis manifiesta. Analítica normal, salvo una leve elevación de CK. TAC normal. El cuadro se prolonga durante las horas que el paciente pasa en observación, por lo que se decide ingreso en a cargo de neurología. Durante el ingreso todos los estudios son normales. Como tratamiento se instaura HBPM, sueroterapia y analgésicos-antitérmicos. Evolución favorable. El tercer día de ingreso sufre episodio aislado sugestivo de crisis comicial. Asintomático al quinto día de ingreso. Se emite el diagnóstico de encefalopatía aguda reversible como reacción idiosincrásica a Sulpiride. Alta sin tratamiento, con recomendación de no conducir. Revisando la ficha técnica de sulpiride, no aparece como efecto adverso la encefalopatía. La clínica inicial que presenta el paciente apunta a una posible sobredosificación por L-Carnitina.

Conclusiones:

El uso de L-carnitina está hoy en día muy en boga por parte de los deportistas para intentar reducir la masa grasa y mejorar el rendimiento. Es posible que dicho fármaco interactúe con Sulpiride provocando la aparición de un cuadro de encefalopatía, atípico en este antidopaminérgico. Se evidencia la necesidad de realizar más estudios sobre la L-carnitina y sus interacciones.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1224

PACIENTE CON FOCALIDAD MOTORA UNILATERAL Y LESIÓN HEMORRÁGICA EN LA PRUEBA DE IMAGEN Y... ERA UN SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

H Rodríguez García (1), B López Benítez (1), I Sanz Gallego (1), F Reviejo Rodríguez (2)

(1) Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles. Ávila, (2) Centro de Salud Ávila Estación

Palabras clave: síndrome de Guillain-Barré, parálisis, accidente cerebrovascular

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 70 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que acudió a Urgencias por cuadro de unas horas de evolución de dolor en la región supraescapular derecha y debilidad de instauración brusca en la mano homolateral. En la exploración física inicial se objetivó pérdida de fuerza 3/5 en ESD distal, sin otras alteraciones. Se realizó TC craneal urgente en el que se apreció un pequeño foco probablemente hemorrágico petequeial en la sustancia blanca periventricular izquierda, con lo que se decidió ingreso. Al día siguiente, el paciente asoció pérdida de fuerza 3/5 en la extremidad superior contralateral, y 48 horas después, debilidad en ambas extremidades inferiores, de predominio distal. En la nueva exploración física: balance muscular en ESD 5/5 proximal y 3/5 distal, ESI 5/5 proximal y 3/5 distal, EID 5/5 proximal y 5/5 distal, EII 5/5 proximal y 5/5 distal, con los ROT distales de MMSS y MMII hipoactivos y marcha en stepage. Pruebas complementarias: Análisis de sangre (con hemograma, bioquímica, coagulación, marcadores tumorales, serología para *Campylobacter jejuni*, *Mycoplasma pneumoniae* y otras serologías y estudios de autoinmunidad): normal. RM cráneo-cervical: pequeño cavernoma posterior al ventrículo lateral izquierdo. Punción lumbar: disociación albúmino-citológica. EMG: compatible con polineuropatía motora axonal aguda, distal y asimétrica. El paciente fue tratado con ciclo de inmunoglobulinas intravenosas, mejorando clínicamente.

Conclusiones:

El síndrome de Guillain-Barré no siempre se presenta del modo clásico (a saber, debilidad muscular ascendente simétrica, arreflexia osteotendinosa y síntomas sensitivos). La neuropatía axonal motora aguda (agute motor axonal neuropathy, AMAN) es una forma de presentación del síndrome de Guillain-Barré poco frecuente. Las formas de inicio asimétrico pueden plantear serias dudas diagnósticas iniciales. Presentamos un caso de focalidad motora unilateral con lesión hemorrágica en la prueba de imagen. Lo que en principio parecía ser un ictus hemorrágico resultó ser una AMAN de debut asimétrico. La propia evolución aditiva y bilateral del cuadro neurológico y las pruebas complementarias, que apuntaron al síndrome de Guillain-Barré y contextualizaron la lesión hemorrágica, permitieron aclarar el diagnóstico e instaurar el tratamiento adecuado.

P-1225

TETANIA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE PANCREATITIS AGUDA

MA Pérez Martínez, JJ Salgueiro Ruiz, P Cuenca Orts, P Navarro González, M Montes Luna, R García Moya, F Salvador Suárez

Hospital San Francisco de Borja. Gandía, Valencia

Palabras clave: tetania, hipocalcemia, pancreatitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 45 años con antecedentes de fumadora, enolismo crónico, episodio de pancreatitis un año antes, remitida desde Atención Primaria por posible crisis de ansiedad, presentando parestias en miembros superiores, con posterior tetania, administrando diazepam, sin mejoría. A su llegada al Servicio de Urgencias Hospitalario, se detecta frecuencia cardíaca 140 lpm, presión arterial 90 / 50 mmHg, afebril, con tetania en miembros superiores, sin otros hallazgos relevantes. Se realiza electrocardiograma donde se evidencia taquicardia supraventricular. Pendiente de exploraciones complementarias, se administra Diazepam y Adenosina, Verapamil, sin mejoría. Ante un calcio sérico 3.42 mg / dL, calcio corregido 4.19 mg / dL, y magnesio 1.06 mg / dL, acidosis metabólica, amilasemia 669 U/L, GOT 200U/L, GPT 100U/L se inicia fluidoterapia, gluconato cálcico y sulfato de Magnesio, controlando la frecuencia cardíaca, pasando a Ritmo sinusal a 80 lpm, desapareciendo la tetania. Ante la sospecha que la hipocalcemia fuera secundaria a una pancreatitis, y pese a no tener dolor abdominal y la paciente estar asintomática, se solicita TAC abdominal donde se evidencia pancreatitis aguda grado D de Balthazar. La paciente debió permanecer ingresada durante dos meses, presentado evolución tórpida, evolucionando a grado E de Balthazar, presentado hemorragia digestiva, distres respiratorio, polineuropatía del paciente crítico, precisando posteriormente hospital de crónicos.

Conclusiones:

La principal consecuencia de la hipomagnesemia son las arritmias cardíacas, pudiendo ser fatales si no son tratadas desde su etiología principal, debe sospecharse en pacientes desnutridos, alcohólicos o con nutrición parenteral. Se ha visto que en hasta en un 28% de pacientes con pancreatitis aguda, existe hipomagnesemia, con taquicardia sinusal, supraventricular e incluso fibrilación auricular. La hipomagnesemia tiene rol fundamental en la hipocalcemia que ocurre en los pacientes con pancreatitis aguda. Generalmente la hipocalcemia secundaria a hipomagnesemia, precisa niveles magnesio inferiores a 1 mg/dL, siendo refractario al tratamiento con calcio, normalizándose únicamente cuando se realiza tratamiento con magnesio. La particularidad de este caso es que el signo principal es la tetania, junto con la TSV sin presentar dolor abdominal, como origen a una pancreatitis grave.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1226

LO QUE SE ESCONDE DETRÁS DE UN DOLOR ABDOMINAL INESPECÍFICO

MP Redondo Galán, C Redondo Galán, P Ciardo, S Moreno Ramírez,
JE Olalla Linares, A Lizcano Lizcano, S Zafar Iqbal-Mirza

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

Palabras clave: abdominal pain, sclerosing mesenteritis, abdominal mass

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

La mesenteritis retráctil es un proceso poco frecuente de etiología indeterminada caracterizado por la inflamación, fibrosis y necrosis del mesenterio que suele debutar como una masa abdominal asintomática en la mayoría de los casos y una imagen radiológica muy típica. Presentamos el caso de un varón de 66 años sin alergias medicamentosas conocidas, hipertenso, dislipémico y sin otros antecedentes médicos de interés, que acude a urgencias por dolor en epigastrio de intensidad moderada, de 12 horas de evolución, asociado a deposiciones líquidas y sensación distérmica, sin otra sintomatología. Los signos vitales son normales salvo febrícula. La exploración física pone de manifiesto como único hallazgo, un dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio izquierdo. En la analítica destaca ligera leucocitosis con neutrofilia y un discreto aumento de reactantes de fase aguda. Se administra sueroterapia y analgesia. Ante la persistencia de la clínica, a pesar de tratamiento con paracetamol y meperidina, se solicita TC abdominal donde se objetiva una masa de 25x35mm bien delimitada, adyacente a la raíz mesentérica con densidad partes blandas que engloba los vasos mesentéricos y presenta un halo hipodenso alrededor de la grasa mesentérica, así como adenopatías locorregionales. Con el diagnóstico de Mesenteritis Retráctil ingresa en Medicina Interna iniciándose tratamiento con colchicina y esteroides que posteriormente se prolongó durante 6 meses consiguiendo una reducción del tamaño de la masa (14x16mm).

Conclusiones:

La mesenteritis retráctil es una entidad caracterizada por inflamación, fibrosis y necrosis del mesenterio poco frecuente. Su etiología no está clara, aunque se ha relacionado con traumatismos abdominales, cirugía previa y últimamente con depósitos de IgG4. Se manifiesta habitualmente en forma de dolor abdominal junto con masa palpable asociado a sintomatología digestiva y otros síntomas como febrícula y astenia. Su diagnóstico definitivo se realiza mediante histología de la lesión aunque el TC ha supuesto un avance en el mismo. El curso de la enfermedad es benigno y se resuelve normalmente de forma conservadora. El tratamiento médico incluye el uso de inmunosupresores como colchicina y esteroides, entre otros, aunque no existe un consenso. La cirugía se reserva cuando existen complicaciones o compromiso de algún órgano.

P-1227

PACIENTE DE 80 AÑOS CANDIDATO PARA ACTIVACIÓN DE CÓDIGO ICTUS, PATOLOGÍA FRECUENTE EN URGENCIAS, ¿SE TRATA DE UN ACV ISQUÉMICO REALMENTE?

ML Millán Montilla, P Olmedo Carrillo, M Cárdenas Antón,
M Ruiz Ruiz

Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras clave: accidente cerebrovascular, paresia, hematoma

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Paciente de 80 años con antecedentes de hipertensión, insuficiencia aórtica, marcapasos, que acude por hemiparesia izquierda y desviación de comisura bucal de 30 minutos de duración, a través del centro coordinador, al ser paciente candidato, se realiza activación de código ictus, a su llegada al hospital, glasgow 14/15, pupilas anisocóricas poco reactivas, hemiparesia izquierda y afectación del VII par craneal, se realiza angioTAC de Cráneo y TC de perfusión y se evidencia hematoma intraparenquimatoso en capsula externa y corona radiada derecha, se consulta con Neurocirugía que desestima tratamiento quirúrgico, se ingresa a cargo de Neurología y el paciente fallece ante la mala evolución y progresión del cuadro.

Conclusiones:

Ante paciente con clínica neurológica compatible con acv isquémico, debe realizarse siempre protocolo completo y activación de código ictus, ante la necesidad urgente de terapia fibrinolítica, aunque en ocasiones se trate de hematomas o hemorragias intraparenquimatosas muy frecuentes en pacientes hipertensos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1228

SÍNDROME DE SWEET, UN RETO DIAGNÓSTICO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

A Navarro Carrillo, ML Martínez Martínez, ME Gómez Sánchez, MA Romero Cebrián, M Martínez Ramírez, R Pastor Toledo, P Navarro Carrillo

Hospital General de Villarrobledo. Albacete, SAR Rascafría. Madrid

Palabras clave: Sweet syndrome, acute febrile neutrophilic dermatosis, fever

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Presentamos un caso de Síndrome de Sweet como causa de fiebre prolongada. Objetivo: profundizar en patologías dermatológicas. Varón de 67 años. Como único antecedente, resección de adenoma tubular por lo que se realizan colonoscopias seriadas cada 4 años. Segunda visita a nuestro servicio. Presentaba fiebre de 7 días de hasta 39.8°C y lesiones cutáneas desde el inicio difusas y progresivas. Edema en ambas manos, astenia e hiporexia. Sin otra clínica asociada. En la primera consulta (4 días antes) se pautó amoxicilina-clavulánico, sin presentar mejoría y con diarrea como efecto secundario. En la exploración física se objetivó erupción con placas dolorosas eritemato-edematosas, algunas con vesículas centrales y otras con centro necrótico-exudativo, en extremidades, tronco y cuero cabelludo. Resto de exploración fue normal. Analítica de urgencias (bioquímica, hemograma, coagulación y orina) con leucocitosis y neutrofilia, trombocitosis y elevación de proteína C reactiva (PCR), sin otros hallazgos. Hemocultivos negativos y radiografía de tórax normal. El diagnóstico diferencial englobaba: eritema multiforme, toxicodermias, exantemas víricos, erisipela, enfermedad de Behçet, dermatosis neutrofilicas y vasculitis. Por las características clínicas se sospechó síndrome de Sweet, sustituyéndose la antibióterapia por corticoides a dosis de 1 mg/kg con reducción paulatina en cuatro semanas. Se revisó en consulta de dermatología. La mejoría fue espectacular y la anatomía patológica mostró infiltración de predominio neutrofilico en dermis sin vasculitis. Se cumplían dos criterios mayores diagnósticos y tres de los criterios menores de Su y Liu 1986 para la confirmación del síndrome de Sweet.

Conclusiones:

Se trata de una enfermedad infrecuente pero no rara y cuya patogenia es todavía desconocida. La presencia de fiebre no es constante (50-72% de los casos). Aunque la mayoría son idiopáticos, existen casos secundarios a enfermedades inflamatorias, infecciones o neoplasias, por lo que debe descartarse que se trate de uno de ellos, siendo recomendable un seguimiento prolongado y un estudio adecuado. Por la diversidad y espectacularidad de los síntomas es probable la consulta por parte del paciente en servicios de urgencias, constituyendo un reto diagnóstico para los profesionales, siendo su conocimiento fundamental. El paciente sigue revisiones en consulta de dermatología. Se amplió estudio para descartar patología inflamatoria autoinmune y neoplásica que está pendiente.

P-1229

HEPATITIS, ANTICUERPOS Y MENTIRAS

J Puerma Ruiz, M Pérez Figueras, S Alonso López, L López Brasal, B Sánchez Álamo

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

Palabras clave: ictericia, hepatitis autoinmune, suplementos dietéticos

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 54 años que acude a urgencias por presentar malestar general e ictericia desde hace 4 días. Como antecedentes personales, presenta historia de reflujo gastroesofágico y esofagitis péptica en tratamiento con omeprazol. Refiere un cuadro de 9 meses de evolución de astenia, hiporexia y epigastralgia con hipertransaminasemia fluctuante y ANA's positivos 1/160. No refiere viajes recientes, ni ingesta de productos de herbolario ni fármacos. A su llegada a urgencias, se encuentra hemodinámicamente estable, sin datos de encefalopatía, afebril, con tinte icterico en piel y mucosas, y hepatomegalia no dolorosa. En la analítica se confirma hiperbilirrubinemia (9.9), hipertransaminasemia con patrón citolítico (GPT (2048 U/L > GOT 1998 U/L, FA 349 U/L), y alteración moderada de la coagulación (INR 1.31, AP 64%). Sospechando hepatitis icterica aguda, se decide ingreso en digestivo. Durante su ingreso, se descarta obstrucción de la vía biliar, y se objetivan signos de hepatopatía crónica y ascitis leve-moderada en la ecografía abdominal. A las 48 horas del ingreso aumenta la Br y el INR, por lo que se decide ingreso en UCI para vigilar la aparición de insuficiencia hepática aguda grave. La serología de microorganismos hepatotropos resulta negativa, y en las pruebas inmunológicas se evidencia elevación significativa de IgE > 10000 (compatible con toxicidad medicamentosa) con estudio etiológico negativo, y elevación de IgG (1690 mg/dl) con IgG4 441 mg/dl y ANA's 1/80. Se realiza una biopsia hepática transyugular urgente y se decide iniciar tratamiento empírico con prednisona 1 mg/Kg/d por sospecha de origen autoinmune, y se traslada a planta ante la estabilidad clínica. La histología hepática muestra daño hepático sugestivo de patología autoinmune con componente de hepatotoxicidad por fármacos, y fibrosis significativa. Pendiente de tinción para IgG4. Tras reinterrogar repetidas veces a la paciente, reconoce ingesta de productos de herbolario desde hace años, siendo masiva en el último mes. La evolución es favorable con mejoría progresiva clínica y analítica que ha permitido el descenso de corticoides.

Conclusiones:

La hepatitis autoinmune IgG4 es una entidad de reciente descripción de la que hay descritos muy pocos casos. La toxicidad por fármacos puede tanto agravar como inducir una hepatitis autoinmune.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1230

SÍNDROME DE CAPLAN, A PROPÓSITO DE UN CASO EN URGENCIAS

A Hernández Molina, M Lozano Espinosa, A Cantero Sandoval,
R Rojas Luján, E Quero Motto, L Bernal Martínez, L Guirado Torrecillas

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Palabras clave: Caplan, neumoconiosis, artritis reumatoide

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Se presenta el caso de un hombre de 50 años de edad, diabético tipo 2 y fumador, que consultó en urgencias por un cuadro de algias generalizadas y fiebre. Inmigrante procedente de Marruecos, con dificultad idiomática importante y escaso contacto con el sistema sanitario, sin antecedentes de exposición a tuberculosis ni enfermedades pulmonares y sin patología reumatológica conocida previa. Como antecedente epidemiológico destacaba que el paciente había trabajado en las minas de carbón de Jerada. A su llegada a urgencias se evidenció fiebre de 38.1°C. La auscultación pulmonar puso de manifiesto hipoventilación pulmonar y sibilancias espiratorias y en la exploración del aparato locomotor inflamación poliarticular, con presencia de sinovitis en las articulaciones metacarpofalángias e interfalángicas proximales. Artritis de hombros y tobillos y dolor en la exploración de las articulaciones sacroilíacas. Presentaba además y nódulos palpables en codos y muñecas. El hemograma evidenció leucocitosis con desviación izquierda y en la bioquímica PCR levemente elevada (3.83), el resto de parámetros analíticos fueron normales. La radiología ósea mostró signos de esclerosis a nivel de las articulaciones sacroilíacas. La radiografía de tórax del paciente mostraba un patrón micronodular bilateral con refuerzo hilar derecho y engrosamiento pleural y de la cisura mayor derecha junto a un dudoso infiltrado apical derecho. Todos ellos hallazgos diferentes de los típicos descritos en las radiografías de tórax de los enfermos con SdC, que describen imágenes nodulares redondeadas bilaterales de localización predominantemente periférica.

Conclusiones:

Pese a esta discrepancia radiológica, dados los antecedentes de exposición ocupacional más el cuadro evidente de poliartritis, el paciente se diagnosticó de probable SdC. El principal diagnóstico diferencial se planteó con enfermedad tuberculosa/tuberculosis (TBC) miliar, y al no poder descartar en urgencias que el enfermo tuviera una TBC activa, ingresó con tratamiento específico en aislamiento respiratorio. Una vez en planta los análisis, el estudio de muestras y biopsia tomadas mediante broncoscopia y el TC pulmonar excluyeron definitivamente la TBC y establecieron el diagnóstico definitivo de SdC.

P-1231

CIEGOS QUE VEN: SÍNDROME DE CHARLES BONNET EN URGENCIAS

A Hernández Molina, M Lozano Espinosa, A Cantero Sandoval,
R Rojas Luján, E Quero Motto, L Bernal Martínez, L Guirado Torrecillas

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Palabras clave: alucinaciones, anciano, Charles Bonnet

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Presentamos los casos de 3 pacientes, una mujer de 86 años, y dos hombres de 73 y 78 años que acudieron a urgencias traídos por alucinaciones visuales. Presentaban un cuadro de menos de dos semanas de evolución de alucinaciones exclusivamente visuales y variables en el tiempo. Al ser preguntados respecto al contenido de las alucinaciones, la mujer veía flores de colores vivos brotar del suelo y los otros dos pacientes referían ver a personas de pie y a un motorista respectivamente. En el interrogatorio hacían crítica de las alucinaciones, pero no mientras se producían lo que les hacía vivir los episodios con mucha ansiedad. Otro rasgo común de los pacientes es que las alucinaciones se manifestaban o empeoraban con la falta de luz. Respecto a los antecedentes personales ninguno tenía historia de patología psiquiátrica previa, ni de consumo de psicofármacos, opioides ni otros fármacos. Los pacientes, sin síntomas de deterioro cognitivo hasta el momento, tenían una buena situación funcional limitada solo por déficit visual importante, en el caso de la mujer causado por glaucoma de ambos ojos, en otro de los casos atribuido a degeneración macular asociada a la edad (DMAE) y en el tercer caso secundario a cataratas en ambos ojos. Los pacientes presentaban buen estado general, la exploración neurológica no mostró focalidad, los resultados analíticos fueron normales y se les practicó un TC cerebral que mostró retracción cortico-subcortical acorde a la edad. Una exploración reglada por el oftalmólogo de guardia confirmó los diagnósticos oftalmológicos previos y la pérdida importante de agudeza visual. Se diagnosticaron de Sd. de Charles Bonnet (CBS).

Conclusiones:

Debemos considerar como diagnóstico el CBS cuando se nos consulte por cuadros de alucinaciones en ancianos y personas con disminución importante de la visión, en ausencia de trastornos psiquiátricos, demencia u otras causas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1232

DEBILIDAD MUSCULAR DE CAUSA INUSUAL

I Murillo Díaz de Cerio, D Sáenz Abad, MC Lahoza Pérez,
M Jordán Domingo, M Martínez Díez, C Baquer Sahun,
L Díaz de Cerio Julián

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Palabras clave: miopatía hipertiroides, Graves-Basedow, hipertiroidismo

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

OBJETIVO: Queremos resaltar la importancia de incluir las alteraciones metabólicas endocrinas como posible diagnóstico diferencial al estudiar individuos con debilidad muscular en urgencias. **HISTORIA CLÍNICA:** Varón de 39 años con antecedentes médicos de vitíligo y psoriasis que acude a urgencias por presentar en la última semana, mialgias y debilidad en miembros inferiores con caídas frecuentes y dificultad para la deambulación. Refiere además pérdida de peso de unos 7 Kg en 4 meses. En la exploración neurológica, destaca paresia de musculatura proximal de extremidades inferiores con balance 3/5, leve amiotrofia en ambos cuádriceps y reflejos miotáticos 2/4 simétricos. Resto anodino. **RESULTADOS:** En urgencias se solicita analítica general que resulta normal y ECG que muestra taquicardia sinusal a 106 lpm. Ante posibilidad de miopatía hipertiroides, se interroga sobre clínica distiroidea reconociendo el paciente palpitaciones, nerviosismo e insomnio. Se solicita entonces perfil tiroideo con resultado de TSH<0,01 mU/ml y T4 de 5,46 ng/dl y se inicia propranolol y propiltiouracilo con mejoría rápida. De forma programada se completa estudio en Endocrinología con gammagrafía tiroidea que muestra bocio difuso tóxico y anticuerpos antitiroideos que son compatibles con Enfermedad de Graves-Basedow. El EMG y ENG informan de polineuropatía sensitiva leve.

Conclusiones:

DISCUSIÓN: La Enfermedad de Graves-Basedow es una afectación multisistémica autoinmune caracterizada por hiperplasia glandular difusa, hiperfunción tiroidea y oftalmopatía infiltrativa. Representa entre el 50 y 80% de los casos de hipertiroidismo y tiene como base alteraciones inmunológicas mediadas por anticuerpos. La sintomatología muscular se caracteriza por mialgias, debilidad y atrofia de musculatura proximal. El tratamiento de primera elección son los fármacos antitiroideos (propiltiouracilo y metimazol). Es importante disminuir la sintomatología con el uso de B-bloqueantes no selectivos como el propranolol. **CONCLUSIÓN:** Las claves para el diagnóstico de la miopatía hipertiroides en urgencias consisten en la sospecha de esta entidad y la solicitud de perfil tiroideo pudiendo revertir de forma precoz la sintomatología con la normalización de la función tiroidea una vez instaurado el tratamiento.

P-1234

AFASIA DE CONDUCCIÓN EN PACIENTE CON DISECCIÓN BILATERAL DE CARÓTIDAS POR HIPEREXTENSIÓN CERVICAL

E Díaz Vera (1), LJ Arce Segura (1), R Rodríguez Calveiro (1),
G Peña y Lillo Echeverría (1), P Tranche Álvarez-Cagigas (1),
Y López Albarrán (1), I Miguens Blanco (2)

(1) Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid, (2) Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Palabras clave: accidente cerebrovascular, afasia de conducción, enfermedades de las arterias carótidas

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

La disección extracranial carotídea es una entidad rara. Requiere alto índice de sospecha para su diagnóstico. Sus consecuencias pueden ser fatales. **ANAMNESIS:** Mujer, 31 años, sin antecedentes. Toma anticonceptivos. Acudió por afasia, paresia y parestesia en mano derecha y parestesia en hemicara derecha. Hacía 3 días, cefalea hemisférica izquierda intensa. Previamente, visitó la peluquería, con hiperextensión cervical prolongada. No otros traumatismos craneo-cervicales. **EXPLORACIÓN:** Estable hemodinámicamente. Lenguaje: No nomina, afuente, no repite. Comprende excepto órdenes complejas. Alexia. Agrafia. Paresia mano derecha con claudicación, Reflejo cutáneo-plantar indiferente derecho, hipoestesia derecha en hemicara y miembros. Síndrome de Horner izquierdo. Resto normal, incluyendo exploración cervical. Puntuación Escala National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) en Urgencias: 8 **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Análisis sanguíneo, electrocardiograma, doppler troncos supraaórticos (TSA), ecocardiograma transtorácico normales. Doppler transcraneal: flujo aplanado en Arteria cerebral media (ACM) izquierda. Tomografía craneal: lesión isquémica aguda de ACM izquierda por trombo intraluminal. Angio-tomografía de TSA e Intracerebral: Disección carotídea bilateral, distal a la bifurcación carotídea izquierda y en segmento distal cervical derecho. -Arteriografía cerebral: Oclusión de carótida interna (CI) izquierda, disección a 2 centímetros del origen. Disección extracranial de CI derecha con 2 pseudoaneurismas en segmento proximal de la disección y estenosis distal estimada en un 70%. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ictus hemorrágico/isquémico. Contractura muscular. Disección aórtica. Migraña con aura. Cefalea en racimos. **DIAGNÓSTICO:** Infarto isquémico agudo de ACM izquierda por disección carotídea bilateral. Afasia de conducción. **EVOLUCIÓN:** Al alta, Escala NIHSS: 3. Persistía afasia de conducción e hipoestesia de mano derecha.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

Conclusiones:

La disección extracraneal de las arterias carótidas sólo en el 20% de los casos se acompaña de la triada clásica de cefalea intensa y síndrome de Horner ipsilaterales, y síntomas/signos de isquemia cerebral contralateral. También pueden presentar cervicalgia o parálisis de pares craneales, siendo el hipogloso el más afectado. Hay descritos varios mecanismos de producción, siendo las traumáticas las más frecuentes, incluyendo la hiperextensión cervical. También pueden ser espontáneas. Los anticonceptivos son un factor predisponente. Ocasionalmente, las disecciones pueden desarrollar una dilatación aneurismática, como en este caso.

P-1235

PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR EN CARTÍLAGO CRICOIDES: DIAGNÓSTICO DEFINITIVO EN PACIENTE CON DISNEA Y ESTRIDOR DE 3 MESES DE EVOLUCIÓN

J González Muñoz, S Ramírez Abril, A Saliotti Rodríguez, C Díaz Olaizola, F Casarramona Lobera, L Sánchez Caballero, JF Casamitjana Claramunt

Consorti Sanitari del Maresme. Calella, Barcelona

Palabras clave: plasmocitoma, estenosis, mieloma múltiple

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Paciente de 68 años sin hábitos tóxicos y con antecedente de hipertensión arterial, dislipemia y diabetes mellitus tipo 2, que consulta a urgencias en diversas ocasiones por estridor laríngeo, afonía y síndrome tóxico de meses de evolución, aportando informes previos que no evidenciaban patología. Finalmente, se realiza TAC cervical que objetiva una masa a nivel cricoideo que causa obstrucción traqueal realizando inicialmente tratamiento corticoideo, y, finalmente precisando traqueostomía de urgencia por empeoramiento severo de la disnea. En las biopsias realizadas de la masa se diagnostica de plasmocitoma extramedular, y en la ampliación del estudio se evidencia enfermedad sistémica compatible con mieloma múltiple, por lo que es remitido a Hematología, iniciándose tratamiento específico.

Conclusiones:

Las neoplasias de células plasmáticas se clasifican en tres grupos: mieloma múltiple, plasmocitoma solitario y plasmocitoma extramedular. Este último es un tumor poco frecuente, representando menos del 10% de las neoplasias de células plasmáticas. La progresión de plasmocitoma extramedular a mieloma múltiple ocurre entre un 8%-30% de los casos. Se considera, pues, que el caso que nos ocupa es poco habitual por lo cual es interesante realizar una revisión que sea instructiva para el diagnóstico y el manejo de la patología, así como su inclusión en el diagnóstico diferencial de la patología laríngea.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1236

ATENCIÓN EN URGENCIAS AL PACIENTE ADULTO CON SÍNDROME DE DOWN

M Quero Escalada (1), M González Cerrajero (2), L Hernández Castells (3), L Sánchez Amo (3), F Moldenhauer Díaz (4), C Suárez Fernández (4), MJ Domínguez García (4)

(1) Hospital Universitario de Fuenlabrada, (2) Centro de Salud Guzmán el Bueno, (3) Hospital Universitario de Fuenlabrada, (4) Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

Palabras clave: Down syndrome, aging, Alzheimer disease

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Presentamos el caso de un paciente con síndrome de Down (SD) de 53 años con importante déficit visual, alteraciones conductuales en relación con su discapacidad y episodios previos de síncope vasovagales en el contexto de infecciones. Acude a Urgencias por episodio de pérdida de consciencia brusca con flacidez generalizada y resolución progresiva. La exploración y pruebas complementarias iniciales realizadas fueron anodinas lo que, inicialmente sugirió un síncope neuromediado propio de estos pacientes pero, la exhaustiva reinterrogación al familiar puso de manifiesto movimientos clónicos con posterior postura tónica de las cuatro extremidades que orientó hacia el diagnóstico de epilepsia. Se realizó una tomografía axial computerizada cerebral que descartó organicidad pero objetivó hallazgos neurorradiológicos compatibles con enfermedad de Alzheimer (EA).

Conclusiones:

El SD constituye la cromosopatía que con más frecuencia produce discapacidad intelectual afectando aproximadamente a 1/700-800 nacidos vivos. Gracias a los continuos avances médicos, su esperanza de vida supera en la actualidad los 60 años. La mayor expectativa de vida de la población con síndrome de Down, supone un aumento en la frecuencia de algunas patologías médicas entre las que destaca la EA cuya prevalencia aumenta exponencialmente con la edad siendo llamativa su precocidad de aparición (hasta 20 años antes que en la población general). A partir de los 40 años aproximadamente, todos los pacientes con SD desarrollan las características anatomopatogénicas de la EA (aunque no todos la manifiesten clínicamente) que se han relacionado con la aparición de crisis epilépticas de aparición tardía que podrían ser la primera manifestación de la EA. Las enfermedades comunes, en el SD, pueden tener una forma inusual de presentación, siendo, en ocasiones alteraciones del comportamiento o fallos en la función ejecutiva sus primeras manifestaciones. Por otra parte, las dificultades para expresarse, pueden enmascarar enfermedades que pueden imponer una adicional, pero prevenible, carga de discapacidad secundaria. Resulta imprescindible el adecuado conocimiento de estos problemas para ser capaces de reconocerlos en la urgencia médica e iniciar sin demora un diagnóstico completo para permitir su tratamiento precoz.

P-1237

DULCE ABDOMEN AGUDO

Y Reverte Pagán (1), L Blázquez González (1), CM Cano Bernal (1), MC Quesada Martínez (1), J Fernández Pardo (2), B Sánchez García (1), JI Giménez (1)

(1) Centro de Salud Vistabella, (2) Hospital Universitario Reina Sofía. Murcia

Palabras clave: diabetes mellitus, diabetic ketoacidosis, diabetes complications

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Descripción: Mujer de 38 años con antecedentes de diabetes gestacional y tratamiento con insulina lantus desde entonces, que acude a urgencias por dolor abdominal en hipocondrio derecho, febrícula, náuseas y vómitos de 4 días de evolución, sin diarrea.

Conclusiones:

Juicio clínico: Cetoacidosis Diabética Grave. Diagnóstico diferencial: Sepsis, Cetoacidosis diabética, descompensación hiperosmolar, acidosis láctica y alcohólica, intoxicación por salicilatos, etilenglicol, metanol y paraldehído...



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1238

SÍNDROME DE ATRAPAMIENTO DEL NERVO CUTÁNEO ABDOMINAL

K Calderón Minier, Z Bernard de Casco, C Ricardo Jiménez,
M Teresa Tolmes

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila

Palabras clave: ACNES, cutaneoabdominal, atrapamiento nervioso

Ámbito del caso:
Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 29 años con antecedente de apendicectomía a los 24 años, fumadora y usuaria de ACO. Refiere dolor abdominal de más de 3 meses de evolución descrito como quemazón, localizado en el flanco derecho en un punto específico que en ocasiones puede extenderse alrededor de 2-3 cm sin mayor irradiación, persistencia del dolor a lo largo del día, que se exagera con la flexión del tronco y no cede con AINES, el dolor no le despierta por la noche pero le impide dormir sobre el lado derecho. Dolor resistente al tratamiento, recibiendo analgesia aproximadamente durante dos meses con ibuprofeno/nolotil c/4 horas, sin mejoría clínica. La paciente fue evaluada en consulta de traumatología, ginecología y urología, con estudios radiológicos dentro de la normalidad, Rx de abdomen, Eco-Ginecológica, Eco-Abdomen total, RMN Pélvica, RMN bilateral de cadera, Uro-TAC. Análítica de orina dentro de los límites normales. La exploración del abdomen solo se objetivó una cicatriz de apendicectomía de 2-3 cm, con zona de dolor a la palpación profunda ligeramente por encima de la cicatriz. No se palparon nódulos subcutáneos. En vista de la normalidad de las pruebas diagnósticas previas, el mal control del dolor, ante la posibilidad de sospecha de un ACNES se decide realizar prueba diagnóstica/terapéutica solicitándose infiltración guiada por ecografía, de lidocaína al 2%, con remisión completa del dolor.

Conclusiones:

Hasta el 30% del dolor abdominal crónico tiene origen en la pared abdominal. El síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo abdominal (ACNES) está asociado a varias patologías, entre ellas la más frecuente es la obesidad, otras asociaciones son el embarazo y antecedentes quirúrgicos (cesárea, hernias abdominales, etc.). Dado que el diagnóstico se realiza por exclusión y siendo una patología relativamente poco conocida, está infradiagnosticada y la mayoría de ellos tras numerosas pruebas diagnósticas e intervenciones terapéuticas.

P-1239

HIPOMAGNESEMIA AGUDA GRAVE POR OMEPRAZOL

ML Martín Jiménez, S Lago Antón, H de la Torre Martí,
P Molina Ávila

Hospital Puerta de Hierro Majadahonda. Majadahonda, Madrid

Palabras clave: hipomagnesemia, hypocalcemia, proton, pump inhibitor

Ámbito del caso:
Hospitalaria

Historia clínica:

Describimos un caso de hipomagnesemia aguda grave secundaria a omeprazol. Mujer de 79 años hipertensa, hipercolesterolemia y asma. Tratada con omeprazol, enalapril, simvastatina y broncodilatadores. Institucionalizada en residencia, sin deterioro cognitivo. Remitida a Urgencias por cuadro de 24-36 horas de evolución consistente en temblor generalizado y episodios de desconexión del medio de segundos de duración. Sin otra focalidad neurológica, fiebre ni otros síntomas. En exploración inicial se objetivan espasmos en musculatura facial, estridor laríngeo y signo de Trousseau positivo en antebrazo izquierdo. Resto anodino. Constantes estables. En las pruebas complementarias destaca alcalosis metabólica en la gasometría (pH 7,50, HCO₃ 27mmol/l), calcio total 5,4 mg/dl (8,7-10,3 mg/dl), potasio 3,2 mmol/l y magnesio < 0,2 mmol/L (0,6-1,1). Función renal, hepática, hemograma y coagulación normales. ECG ritmo sinusal a 96 lpm con QTc 416 ms. TC cráneo sin hallazgos. Ante estos resultados se instaura tratamiento intravenoso con calcio y magnesio junto a suplementos orales de calcio, calcitriol y magnesio y se retira omeprazol como causa probable de hipomagnesemia. A las 24 horas los iones se normalizan, el estridor mejora y desaparecen la contractura en manos y los espasmos en musculatura facial. Al alta magnesio 0,9 mmol/l, calcio 9,9 mg/dl y K 4,6 mmol/l. Se suspende de forma definitiva el tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBPs). Se indica que, en caso necesario, podría prescribirse ranitidina.

Conclusiones:

La hipomagnesemia aguda grave secundaria a tratamiento con omeprazol, junto con hipocalcemia severa sintomática en relación a lo previo es una entidad muy poco frecuente, habiéndose descrito unos 40 casos en la literatura. El déficit de calcio se debe a la disminución en la secreción de paratohormona (PTH), pues el magnesio estimula su secreción en la glándula paratiroides. El mecanismo por el que los IBPs inhiben la absorción de magnesio no es bien conocido, se postula que producen alteraciones en el pH intestinal que inactivan a las proteínas encargadas de su absorción. Es prioritario solicitar calcio y magnesio ante sintomatología neuromuscular. También es importante señalar la ausencia de indicación en esta paciente de tratamiento con IBPs, debiendo siempre revisar las indicaciones de cada fármaco.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1242

¿DOCTOR, QUÉ ME OCURRE? NO ME PUEDO LEVANTAR

MC Pérez Hueto, RA Serrano Benavente, A Pérez Ruiz

Hospital Comarcal de la Axarquía. Málaga

Palabras clave: inflammatory myopathy, polymyositis, muscle weakness

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer 73 años, alérgica a clindamicina y quinolonas, hipertensa, diabética, dislipémica e hipertiroides. Acude a urgencias por pérdida de fuerzas en piernas y brazos de una semana de evolución, así como dolor en muslos y brazos. Presenta dificultad para mantener el cuello erguido. Exploración física. TA: 160/80 mmHg. Frecuencia cardiaca 87 lpm. T°: 36 ° C. Buen estado general, eupneica en reposo. Cabeza y cuello: Debilidad en musculatura cervical. Neurológico: Debilidad de cintura escapular, pelviana y en músculos flexores del cuello, reflejos osteotendinosos débiles en miembros inferiores, conservados en miembros superiores. Pruebas complementarias. Hemograma. Leucocitos 18.500. Bioquímica: Calcio 5,8 mg/dL, Creatinquinasa 9400 U/L. TAC craneal: Pequeña área de hipodensidad que sugiere infarto lacunar protuberancial izquierdo. **DIAGNÓSTICO FINAL. MIOPATÍA INFLAMATORIA IDIOPÁTICA: POLIMIOSITIS. EVOLUCIÓN.** Ingresa en planta, se inicia tratamiento con corticoides. Electromiograma: signos de afectación miopática en la mayoría de los músculos de predominio proximal. Presenta mejoría y es dada de alta con rehabilitación. **DISCUSION.** Las miopatías inflamatorias son enfermedades que se caracterizan por un infiltrado inflamatorio del músculo esquelético. Entre ellas están la polimiositis (PM), la dermatomiositis y la miositis por cuerpos de inclusión. La etiología de la PM es desconocida, su origen puede ser autoinmune o por infección del músculo esquelético. Más frecuente entre los 50-70 años o entre 5-15 años. Predomina en el sexo femenino. Los síntomas son: Debilidad proximal y simétrica, afecta al tronco, cintura escapular y pélvica, dificulta la elevación de los brazos por encima de la cabeza, levantarse de una silla o subir escaleras, puede afectar a los músculos flexores del cuello. Los reflejos musculotendinosos están conservados. Puede afectar a la musculatura orofaríngea. Se asocia con artralgias y mialgias. Menos frecuente la neumopatía intersticial y miocarditis. El diagnóstico se basa en la clínica, elevación de la enzima muscular, electromiograma y biopsia muscular. El tratamiento es con corticoides. En algunos estudios se han usado inmunoglobulinas con buenos resultados.

Conclusiones:

La polimiositis es poco frecuente y puede llegar a confundirnos con otras enfermedades neurológicas graves, la precocidad en el diagnóstico y la prontitud en la instauración de corticoides evitan su progresión y la aparición de graves secuelas.

P-1243

PTOSIS PALPEBRAL Y EPIXTASIS. UNA PRESENTACIÓN INUSUAL DE ANEURISMA CEREBRAL

MD Freire Aragón, R Bellido Alba, H García Delgado Rosado

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Palabras clave: ptosis, epistaxis, cavernous aneurysm

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 80 años con hipertensión arterial como único antecedente de interés. Acude a urgencias por ptosis palpebral izquierda de 5 días de evolución, asociada a cefalea. A la exploración se objetiva parálisis incompleta de III par craneal y una arteria temporal ipsilateral engrosada con pulso presente. El estudio TAC craneal y la velocidad de sedimentación fueron normales. Se procedió a alta para estudio en consultas de Neurología, con diagnóstico de sospecha de mononeuritis isquémica. A las 24 horas presento epistaxis brusca y abundante junto a pérdida de fuerza en el miembro superior derecho. La revaloración en el servicio de urgencias incluyó nuevo estudio TC y angioTC craneal con hallazgo de erosión de la pared lateral del seno esfenoidal izquierdo con protusión de la arteria carótida interna (ACI) sugestiva de pseudoaneurisma, así como múltiples lesiones hipodensas en hemisferio izquierdo sugestivas de etiología isquémica. Se realizó tratamiento endovascular programado sin incidencias. La evolución fue favorable, con recuperación de la hemiparesia derecha y persistencia de ptosis palpebral.

Conclusiones:

La ptosis palpebral secundaria a parálisis del III par craneal puede acompañarse o no de afectación pupilar. Su origen es multifactorial y la lesión puede afectar a cualquier división del trayecto intracraneal afectado, desde su origen en mesencefalo pasando por el seno cavernoso, hasta sus terminaciones en la órbita. La edad y la forma de presentación clínica debe orientarnos a la hora de abordar el diagnóstico etiológico. Los aneurismas del segmento cavernoso de la ACI son habitualmente benignos, asintomáticos y pueden presentarse de diversas formas clínicas. La complicación del aneurisma con hemorragia subaracnoidea es excepcional por su localización dentro del seno cavernoso. El crecimiento puede dar lugar por compresión a afectación de pares craneales (III, IV y VI). La trombosis vascular puede originar ictus isquémicos y su ruptura una fístula carótida-cavernosa. Finalmente, la erosión del seno esfenoidal puede originar una epistaxis que puede llegar a amenazar la vida. En el caso presentado, la asociación de estos dos síntomas -ptosis y epistaxis- dirigió finalmente las pruebas complementarias y permitió establecer el diagnóstico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1244

¿DÓNDE ESTÁN MIS NEUTRÓFILOS?

MP Redondo Galán, C Redondo Galán, S Moreno Ramírez,
MA López Varas, S García García, M Rodríguez Cola,
I Jiménez Velasco

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

Palabras clave: agranulocytosis, metamizol, fever

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

La agranulocitosis es una reacción adversa producida por una amplia variedad de fármacos, entre ellos el metamizol. Es poco frecuente aunque muy grave por el riesgo de infecciones. La duración media de la exposición al fármaco antes de la aparición de una agranulocitosis aguda suele ser de unos dos días de tratamiento. La interrupción del tratamiento es crucial. Presentamos el caso clínico de un varón de 51 años sin reacciones adversas medicamentosas conocidas. Hipertenso en tratamiento sin ningún otro antecedente médico ni quirúrgico de interés. Valorado en urgencias por cólico renal izquierdo donde se le pautó tratamiento con cefuroxima y metamizol como analgesia. A los siete días acude a urgencias de nuevo por malestar general y fiebre. La exploración física es normal salvo fiebre de 38.5°C. En analítica destaca leucopenia (1800 leucos/mm³) con neutropenia severa (0 neutros/mm³). La radiografía de tórax y el resto de analítica normales. Se inicia tratamiento con paracetamol y sueroterapia. Con el diagnóstico de neutropenia febril severa producida por metamizol se aísla al paciente y se procede al ingreso en Medicina Interna. Se solicitan hemocultivos que son negativos y se inicia tratamiento con meropenem. Posteriormente se solicita biopsia de médula ósea donde se objetiva hiperplasia granulocítica sin alteraciones morfológicas relevantes. Se inicia tratamiento con filgastrim, presentando con la segunda dosis elevación de leucocitos (8800 leucos/mm³) y neutrófilos (5400 neutros/mm³).

Conclusiones:

El metamizol es un derivado de las pirazolonas con efecto analgésico, antipirético y espasmolítico. La agranulocitosis se considera una enfermedad muy grave ya que conlleva a una disminución brusca y acusada de los neutrófilos circulantes por lo que el paciente se hace más susceptible a las infecciones. El riesgo de infecciones está inversamente relacionado con la gravedad de la neutropenia. Los factores estimulantes de las colonias de granulocitos han demostrado eficacia en el tratamiento de la neutropenia inducida por metamizol.

P-1245

DÉFICIT DE VITAMINA D COMO CAUSA DE DESORIENTACIÓN

I Moro Mangas, JV Esteban Velasco, L Alonso-Villalobos Ordóñez,
MJ Fora Romero, J Chehayeb Morán, TG Vázquez del Águila,
T Rodríguez Novoa

Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Palabras clave: deficiencia de vitamina D, hiperparatiroidismo secundario, manifestaciones neurológicas

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

La desorientación es un síntoma común en la población anciana, que habitualmente se atribuye a demencia y no es motivo de estudio. En un paciente con una buena calidad de vida y sin demencia conocida, ante un síndrome confusional debemos descartar fundamentalmente causas tratables, que no comporten graves riesgos o incomodidades para el paciente. Mujer de 90 años, desde hace 6 días presenta desorientación, torpeza motora y bradipsiquia, sin fiebre ni otro síntoma asociado. Está alerta pero desorientada en tiempo, sin más focalidad neurológica, soplo diastólico, resto de la exploración normal. Analítica con hipercalcemia. Coagulación, orina, ECG, Rx tórax y TAC craneal sin hallazgos relevantes. En el estudio de su hipercalcemia se confirmó un Hiperparatiroidismo Secundario a un Déficit de Vitamina D.

Conclusiones:

Destacar la importancia de un buen diagnóstico diferencial del Síndrome Confusional en el anciano. Se trata de una persona que sale poco de casa, lo que ocasiona una escasa exposición a la luz solar. Nunca debemos olvidar en nuestro diagnóstico diferencial la calcemia, que siempre debe ser tenida en cuenta ante síntomas neurológicos. En nuestro caso orienta hacia el diagnóstico de la paciente, con un problema de fácil tratamiento, como es el aporte suplementario de Vitamina D.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1246

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA Y DIFICULTAD EN SU SOSPECHA DIAGNÓSTICA

R Hernando Fernández (1), A Robles Amieva (1), D López Fernández (1), C de León Rivas (1), A González San Emeterio (1), Y González Silva (2), M Fernández Gutiérrez (1)

(1) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, (2) C.S Plaza del Ejército. Santander

Palabras clave: hipertensión arterial, feocromocitoma, sospecha

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Mujer 35 años. Antecedentes personales: Trastorno límite de personalidad y síndrome ansioso-depresivo. Tratamiento habitual: escitalopram, zolpidem y diazepam. Acude a urgencias por cuadro de horas de evolución de ansiedad, nerviosismo, palpitaciones y sudoración. Episodios similares previos, con cefalea ocasional, que han ido en aumento, por los que ha consultado en Urgencias en varias ocasiones, siendo diagnosticada y tratada como crisis de ansiedad. A la exploración física únicamente destaca TA 170/95. Hemograma, bioquímica y hormonas tiroideas normales. Electrocardiograma: sin hallazgos patológicos. Se administra tratamiento ansiolítico vía oral y se deja en evolución reevaluando periódicamente, mejorando parcialmente la clínica pero persistiendo las cifras de TA elevadas en todos los controles. Se decide alta con estudio de HTA en paciente joven y derivación preferente a Nefrología, siendo finalmente diagnosticada de feocromocitoma, diagnóstico justificante de su cuadro clínico. Es remitida para exéresis quirúrgica del mismo.

Conclusiones:

La hipertensión arterial (HTA) tiene una prevalencia del 35-40% en la población general, siendo entre el 2-5% de los casos HTA secundaria. Es importante su sospecha en caso de HTA severa o resistente al tratamiento, crisis HTA severa en un paciente bien controlado, y primer episodio en paciente joven. Sus principales causas son vasculorenales, tóxico-medicamentosas, hiperaldosteronismo, Síndrome de Cushing, apneas del sueño, hipotiroidismo y feocromocitoma. Dada la reversibilidad y potencial mortalidad en algunos de estos casos, es fundamental su estudio a pesar de su baja incidencia. El feocromocitoma tiene una incidencia de 2 casos por millón de habitantes y supone el 0,1% de los casos de HTA secundaria, aunque sólo en un 70% de ellos aparece HTA. La tríada compuesta por cefalea, diaforesis y palpitaciones, junto con crisis hipertensiva tiene una sensibilidad y especificidad del 90%. En el caso de tumores benignos su exéresis supone una supervivencia a los 5 años similar a la población general. Al diagnosticar y tratar adecuadamente los pacientes con HTA secundaria es posible resolver el cuadro, o al menos mejorar el control de las cifras de TA, disminuyendo así de forma notable la morbimortalidad derivada del alto riesgo cardiovascular.

P-1248

PARÁLISIS DEL RECTO LATERAL CON ENDOFORIA ALTERNANTE

A Asturias Sáiz (1), M Vieitez Santiago (2), A Casal Calvo (3), JL Cepeda Blanco (4), A Aldama Martín (4), GE Rijo Nadal (1), MA Hidalgo González (1)

(1) C.S. Dávila. Santander, (2) Medicina Interna HUMV. Santander, (3) C.S. Camargo Costa. Camargo. Santander, (4) C.S. Camargo Costa. Santander, Cantabria

Palabras clave: parálisis, nervio abducens, convergencia ocular

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 34 años con antecedentes personales de infección herpética en ojo derecho, conjuntivitis víricas de repetición y ex-fumadora. Acude a Urgencias por cefalea opresiva periorbitaria derecha de 72 horas de evolución que se acompaña de convergencia del ojo derecho. Se le realiza TC cerebral, con hallazgo de pequeña área hiperdensa en fosa posterior, adyacente al cuarto ventrículo de 6 x 2 mm, a descartar presencia de plexo coroideo prominente o pequeño foco de sangrado. Dada la ausencia de otros síntomas neurológicos y la estabilidad clínica, se emite diagnóstico de espasmo de convergencia y se decide completar estudio de forma ambulatoria. La paciente vuelve 8 días después a Urgencias por empeoramiento en las últimas 24 horas, con mayor cefalea, aparición de convergencia del ojo izquierdo, diplopía prácticamente constante, horizontal, binocular, de predominio en mirada lejana. En la exploración física se objetiva limitación de la abducción del ojo izquierdo, con endoforia alternante, resto de la exploración sin hallazgos. Se repite TC craneal, sin objetivarse hallazgo previo, sin signos de isquemia ni hemorragias agudas. La paciente es diagnosticada de cefalea punzante primaria y paresia del recto lateral izquierdo. Se cita en consultas de Neurología y Oftalmología para control evolutivo y realización de RMN cerebral y estudios analíticos, inmunológicos y serológicos.

Conclusiones:

La mononeuropatía del VI par craneal o nervio abducens impide la abducción del ojo, movimiento que en condiciones normales es realizado a través del músculo recto lateral. Entre las causas de paresia de este nervio, encontramos la enfermedad microvascular isquémica (por diabetes mellitus, hipertensión arterial o aterosclerosis), los traumatismos, las lesiones en el seno cavernoso (por meningiomas, aneurismas cerebrales o metástasis), el aumento de la presión intracraneal, los accidentes cerebrovasculares, las infecciones tipo meningitis, la esclerosis múltiple o las vasculitis granulomatosas. Debido a la estrecha relación anatómica con otros nervios craneales, el mismo trastorno causante del daño en el nervio abducens podría ocasionar clínica neurológica a otros niveles (III o IV pares craneales).



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1249

PARAPARESIA SECUNDARIA A HEMATOMA EPIDURAL DORSAL POR FRACTURA VERTEBRAL

E Díaz Vera, LJ Arce Segura, R Rodríguez Calveiro,
G Peña y Lillo Echeverría, P Tranche Álvarez-Cagigas,
Y López Albarrán, C Carrasco Vidoz

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

Palabras clave: paraparesia, fracturas de la columna vertebral, obesidad

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

El hematoma epidural vertebral traumático es una patología infrecuente. El diagnóstico precoz es clave para asegurar el éxito del tratamiento. Los pacientes con obesidad presentan una dificultad añadida para el diagnóstico y tratamiento de sus patologías. ANAMNESIS: Varón, 54 años. Antecedentes: obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), miocardiopatía dilatada isquémica/enfática. Acudió por aumento de disnea y tos desde hacía 2 semanas. 24 horas antes, presentó dolor toraco-dorsal intenso, brusco, con incontinencia urinaria e hipoestesia en miembros inferiores. Negaba traumatismo previo. EXPLORACIÓN FÍSICA: Taquicárdico, taquipneico. Paraparesia en miembros inferiores, hipoestesia con nivel D6 (sexta vértebra dorsal). Clonus Aquileo bilateral inagotable. Reflejos osteotendinosos rotulianos hipoactivos. Tono esfínter anal normal. Auscultación pulmonar: roncus, hipoventilación. Resto normal. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Análisis sanguíneo: Leucocitosis, insuficiencia respiratoria global. Radiografía torácica: aplastamiento D6. Neumonía bilobar. Tomografía dorsal: acúñamiento D6 agudo, sin compromiso del canal raquídeo. Múltiples aplastamientos de cuerpos vertebrales antiguos. No se pudo realizar resonancia magnética (RMN) en urgencias por la obesidad. Posteriormente se realizó: hematoma epidural intrarraquídeo en D6. Test de gripe A positivo. Punción lumbar normal. Resto normal. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Agudización EPOC. Gripe. Síndrome/shock medular. Aplastamiento vertebral agudo con compromiso medular. Ictus. Miелitis transversa. Disección aórtica. Hernia discal intervertebral. DIAGNÓSTICO: Aplastamiento vertebral agudo D6, con hematoma epidural traumático. Paraparesia secundaria. Neumonía por gripe A, insuficiencia respiratoria global. Evolución: El paciente empeoró respiratoriamente, requirió ventilación mecánica invasiva. Ante la posibilidad de miелitis transversa de causa viral, se inició tratamiento corticoideo, hasta que se realizó RMN, comentada. No se intervino quirúrgicamente por la situación respiratoria grave y la comorbilidad. Al alta, paraparesia y anestesia de miembros inferiores.

Conclusiones:

Los hematomas epidurales traumáticos suelen asociarse a lesiones predisponentes. Los cervico-dorsales, suelen presentarse como síntomas agudos, los lumbares como crónicos. En este paciente, la combinación de obesidad, tratamientos prolongados con corticoides, y el gran esfuerzo tusígeno realizado en días previos, pudieron contribuir a la producción de fracturas vertebrales. El retraso en el diagnóstico del hematoma epidural (por no poder realizar RMN) y la situación respiratoria del paciente fueron claves en la toma de decisiones terapéuticas definitivas.

P-1250

HIPOESTESIA Y PARESTESIAS PROGRESIVAS: LA IMPORTANCIA DE LA NEUROIMAGEN

A Ramos Fernández (1), A Blanco Portillo (1), M Pizarro Eraso (1),
E Maiso Merino (2), T Martín Quiles (1), D Simón González (3),
J Pérez Hopkins (1)

(1) Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid, (2) Hospital Universitario de Getafe. Madrid, (3) Centro de Salud Rivera del Muelle, Puerto Real

Palabras clave: hipoestesia, parestesia, hemangioma cavernoso

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 27 años sin antecedentes de interés, salvo episodio de pérdida de fuerza cervical en octubre de 2014 resuelto con tratamiento conservador. Acude a Urgencias por parestesias en brazo y 1er dedo de pie izquierdos, así como en región periorbicular de 15 días de evolución. Refiere pérdida de percepción de humedad y aumento de sensibilidad al calor, con microfibrilaciones en eminencia hipotenar ipsilateral. Se inició hace 2 meses con parestesias en mano izquierda, de predominio en 4º-5º dedos. Asocia cefalea frontal. A la exploración física neurológica: Hipoestesia en territorio V1 y V2 no claramente delimitado en línea media. Hipoestesia tactoalgésica en brazo y pierna izquierdos sin extinción sensitiva. No alteración de sensibilidad posicional. Fuerza y reflejos osteotendinosos conservados. Pruebas complementarias: Hemograma, bioquímica y radiografía de tórax normales. TC craneal: Lesiones Ocupantes de Espacio (LOEs) intraparenquimatosas frontales izquierdas y frontoparietales derechas con desplazamiento de línea media y colapso de astas frontales. Compatible con origen metastásico versus linfoma primario cerebral, causa infecciosa o enfermedad desmielinizante atípica. La paciente ingresa a cargo de Neurología para completar estudio. Búsqueda de tumor primario negativa: ecografía ginecológica, mamografía, ecografía tiroidea, TC toracoabdominal, valoración dermatológica, EEG normales. En RM: Lesiones de características atípicas para patología tumoral e infecciosa, sugestivas de cavernomas múltiples. Tras evolución favorable es dada de alta con cita en Neurocirugía, que realiza intervención quirúrgica para extirpación de cavernoma frontal izquierdo.

Conclusiones:

Las LOEs cerebrales pueden ser intra o extraaxiales, únicas o múltiples. Sus manifestaciones dependerán de la localización, en forma de déficit focal progresivo o hipertensión intracraneal, menos frecuente como déficit focal agudo o encefalopatía difusa. La causa más importante es la tumoral (metástasis), sin olvidar patología infecciosa, inflamatoria o vascular. Ante un paciente con clínica neurológica se debe descartar la presencia de LOEs. El diagnóstico diferencial es muy amplio, requiriendo un estudio completo de neuroimagen e incluso toma de biopsia. Los cavernomas son lesiones benignas presentes en el 0.4% de la población, cuya clínica se relaciona con episodios de hemorragia macroscópica. La terapia quirúrgica es altamente satisfactoria en las lesiones sintomáticas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1251

HIDRONEUMOTÓRAX IZQUIERDO MASIVO EN RELACIÓN CON FÍSTULA ESOFÁGICA (SÍNDROME DE BOERHAAVE)

M Miranda García, N Castro Iglesias, D Salor Moral, MA Vázquez Ronda, E Antolín Sáez, N Piro Martín, A Martakoush Maria

Hospital Universitario Puerta del Sur. Las Rozas, Madrid

Palabras clave: síndrome de Boerhaave, dolor abdominal, perforación esofágica

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Varón de 62 años con antecedentes de hipertensión, revascularización miocárdica en 2015 con doble by pass, fibrilación auricular post-revascularización y realización de funduplicatura en 1986 que acude a urgencias por disnea, dolor abdominal y dolor costal izquierdo. Refiere haber estado haciendo ejercicio (cortar leña durante 2 horas). También refiere dificultad para la deglución en los últimos meses. No vómitos. En la exploración física se objetiva tensión arterial de 145/86 mmHg, frecuencia cardiaca 90 latidos por minuto y saturación de oxígeno basal del 92%. Regular estado general, palidez cutáneo-mucosa, taquipneico (22 respiraciones por minuto). Auscultación cardiaca: arritmico, sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular abolido en hemitórax izquierdo. La gasometría arterial muestra PH 7,47, PO₂ 60 mmHg, PCO₂ 31 mmHg, y HCO₃ 22,6 mEq/L. En la radiografía de tórax portátil se objetiva neumotórax que ocupa la mitad del pulmón izquierdo, con desplazamiento mediastínico. En TAC torácico se visualiza una extensa cámara de hidroneumotórax del lado izquierdo que ocasiona atelectasia prácticamente completa del pulmón ipsilateral y desplazamiento mediastínico hacia el lado derecho. También se aprecia gas que diseca los diferentes planos mediastínicos (incluyendo los troncos supraaórticos) localizándose sobre todo alrededor del esófago distal y la voluminosa hernia de hiato que presenta el paciente por lo que no se puede descartar un posible Síndrome de Boerhaave como causa del extenso hidroneumotórax y neumomediastino. Se coloca tubo de tórax. Se obtienen 2 litros de líquido amarillento turbio con presencia de grumos, se objetiva fuga de aire. Analítica del líquido pleural: leucos 9772/ μ L, neutrófilos 90%. Proteínas 2,3 g/dl. LDH: 947. PH: 8. Amilasa: 2217 U/L. Glucosa 1 mg/dl. Dadas las características del líquido (exudado) y el alto contenido en amilasa se inicia cobertura antibiótica para mediastinitis (piperacilina-tazobactam/linezolid). En TAC de tórax y abdomen se confirma la fístula desde funduplicatura a cavidad pleural izquierda. En quirófano se confirma herniación paraesofágica de la funduplicatura, con perforación sobre pilar izquierdo del diafragma, que se sutura. El paciente presenta buena evolución clínica.

Conclusiones:

El síndrome de Boerhaave es un cuadro muy grave. La historia clínica y la exploración física suele ser de poca ayuda en el diagnóstico. El diagnóstico precoz mediante técnicas de imagen es fundamental para confirmar su sospecha.

P-1252

LAS TEMIBLES CONSECUENCIAS DE UNA FRACTURA

N Assakale, JM Krivocheya Montero, D Santamaría Amat, M Jimena García, A Mohamed Amar, A Romano Funes

Urgencias. Hospital Comarcal de Melilla

Palabras clave: fractura de fémur, hipoxia, taquicardia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 29 años que tras sufrir accidente de tráfico acude por deformidad y rotación externa en el miembro inferior izquierdo. EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIA Radiografía de miembro inferior: Se pone de manifiesto fractura diafisaria de fémur desplazada. EVOLUCIÓN: Tras ser el paciente intervenido quirúrgicamente, el paciente comienza a presentar crisis de hipoxemia con saturaciones del 90% con reservorio y taquicardia, por lo que se traslada a UCI (distrés respiratorio) produciéndose además un deterioro del nivel de conciencia con crisis de agitación psicomotriz. Así se realizan numerosas pruebas complementarias: Analítica general Bioquímica: Sodio 133, calcio 7,6, proteínas 4,6, albúmina 2,7, CK 1388, PCR 20,4 Hemograma: Hematíes 3,30, hemoglobina 9,50, hematocrito 28,30, leucocitos 12,08, neutrófilos 10,71 Coagulación: Dímero D 0,60 Radiografía de tórax: Se observan lesiones pulmonares compatibles con pulmón blanco RMN cerebral: Lesiones difusas en la sustancia blanca bilateral compatible con edema citotóxico difuso, con focos hemorrágicos puntiformes y múltiples en el esplenio del cuerpo calloso, ganglios basales y pedúnculos cerebelosos en relación con embolia grasa TAC pulmonar: Tractos lineales pulmonares sugestivos de edema pulmonar Electroencefalograma: Actividad global cerebral no estructurada con trazado silente sobre el que se superpone ondas delta a nivel anterior sin anomalías epileptiformes Fondo de ojo: Exudados dispersos en polo posterior de ambos ojos, hemorragia adyacente a la mácula con mancha roja cereza en ojo derecho y hemorragia en llama superior a papila con exudado delante de la mácula Al paciente se le somete a traqueostomía y sonda de gastrostomía de forma provisional que posteriormente se retira. Excelente evolución con buena deglución de alimentación y comienza el apoyo en la bipedestación (tetraparesia espástica en su llegada a planta). Durante su estancia padece episodios de fiebre asociados a infección respiratoria. DIAGNÓSTICO: Embolia grasa ocular, pulmonar y cerebral.

Conclusiones:

Se trata de un síndrome de prevalencia escasa (alrededor de un 1%), produciéndose principalmente en pacientes con fracturas de huesos largos. Es una patología que no tiene tratamiento y las medidas preventivas adquieren especial importancia.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1253

EL CALDO DE CULTIVO PERFECTO PARA UNA PANCREATITIS

RM Martínez Roldán, JM Krivocheya Montero, A Rubio Ramos,
A Krivocheya Montero, RM Verdugo López-Blanco,
K Ghazi El Hammouti

Urgencias. Hospital Comarcal de Melilla

Palabras clave: hipertrigliceridemia, pancreatitis, TAC

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Paciente mujer de 53 años que acude al SUHC porque desde hace 2 días presenta dolor abdominal más intenso en epigastrio e hipocondrio derecho acompañado de dos vómitos. No refiere alteraciones del hábito intestinal, no orinas colúricas ni acolia. ANTECEDENTES PERSONALES: Hipercolesterolemia que estuvo tratada hace 2 años, no otros antecedentes médicos ni quirúrgicos EXPLORACIÓN FÍSICA: Constantes: TA: 127/72 FC: 84 lpm Temperatura: 36.8 Paciente normohidratada y normocoloreada, buen estado de perfusión ACR: MVC sin ruidos patológicos, tonos rítmicos sin soplos Abdomen: Blando y depresible, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, no irritación peritoneal ni timpanismo, blumberg negativo, Murphy dudoso. Ruidos hidroaéreos conservados. No edemas ni signos de TVP. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: Analítica: Bioquímica: Glucosa 310, sodio 120, cloro 87, colesterol 1009, triglicéridos 1480, amilasa 251, Lipasa 1131. Hemograma: Leucocitos 13,76 con neutrófilos 9,95 Coagulación: Normal Gasometría Venosa: Normal Orina: Glucosuria 3+ con cuerpos cetónicos 2+ Coagulación: Normal ECG: Ritmo sinusal a 86 lpm sin alteraciones del ritmo ni de la repolarización Radiografía de tórax: No se evidencian derrames pleurales ni condensaciones. Radiografía de tórax dentro de la normalidad TAC abdominal: Se aprecia grasa peripancreática a nivel del cuerpo y de la cola que por su aspecto y características parece corresponder a una pancreatitis. Resto de exploración dentro de la normalidad. DIAGNÓSTICO: Pancreatitis aguda por hiperlipemia. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: En Urgencias debemos plantear el diagnóstico diferencial con la úlcera péptica, coledocolitiasis o colangitis, colecistitis, perforación de víscera hueca, obstrucción intestinal, isquemia mesentérica, hepatitis. EVOLUCIÓN: Durante su estancia en planta la paciente muestra mejoría progresiva del dolor abdominal e inicia la tolerancia oral, con normalización progresiva de enzimas pancreáticas. Como única complicación a destacar es la infección a través de la vía que se trató con antibióticos

Conclusiones:

Lo que nos enseña este caso en Urgencias es que ante una paciente con vómitos y dolor abdominal, con unos antecedentes de lípidos elevados (>1000) habitualmente, no debemos dejar pasarlo y valorar una posible pancreatitis, ya que a pesar de que las causas más frecuentes son las alcohólicas y las biliares, la hiperlipemia está dentro de la etiología de esta entidad.

P-1254

ENFERMEDAD DE CAROLI EN URGENCIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

J Gea Fernández, M^L Morales Cevidanes, M Jiménez Parras,
E Rosell Vergara, A Varo Porras

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Palabras clave: dolor abdominal, ictericia, quistes hepáticos

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Caroli (EC) se debe a una malformación congénita quística, poco frecuente, de la vía biliar intrahepática describiéndose dos formas clínicas, sin fibrosis hepática (secundaria a procesos inflamatorios) y con fibrosis hepática congénita (síndrome de Caroli). Algunos procesos pueden ser hallazgos incidentales, otros manifiestan síntomas en la edad adulta y otros desde la infancia. CASO CLÍNICO: Paciente mujer de 40 años sin A.P. de interés, que acude al servicio de urgencias por dolor cólico recurrente (desde hacía más de un año) en hipocondrio derecho que había aumentado de intensidad en las últimas 48h y se acompañaba de fiebre elevada y coluria. A la exploración clínica la paciente se encontraba estable, con fiebre (39°C), ictericia de piel y mucosas, abdomen blando, con molestias en HCD y Murphy negativo. La analítica de urgencias fue, bilirrubina total de 3.52 mg/dl, GOT 80 U/L y GPT 176 U/L. La ecografía abdominal demostró múltiples imágenes quísticas hepáticas, algunas con imágenes en el interior sugerentes de cálculos. Dilatación de ambos conductos hepáticos y colédoco, con disminución de calibre sin visualizar imágenes intraluminales. Con el diagnóstico de Colangitis se inició tratamiento antibiótico ingresando en el Servicio de Digestivo. Se solicitó ColangioRMN observándose imágenes similares a las ecográficas (dilatación sacular de la vía biliar intrahepática, sin afectación extrahepática ni de vesícula biliar). La paciente evolucionó satisfactoriamente, desapareciendo el dolor abdominal, la fiebre y normalizándose la analítica. Al alta con diagnóstico de Colangitis/Enfermedad de Caroli, se pautó tratamiento médico con ácido ursodesoxicólico y norfloxacin.

Conclusiones:

DISCUSIÓN: La EC se debe a un defecto de la placa ductal persistiendo las estructuras biliares embrionarias, fibrosis y dilatación ductal. Cursa con colestasis asintomática, colangitis, abscesos intrahepáticos y/o sepsis de origen biliar. El diagnóstico es radiológico (Ecografía abdominal o TAC cc) siendo la ColangioRMN el mejor método diagnóstico. El tratamiento dependerá de la presentación anatómica, la severidad y frecuencia de los episodios de colangitis (ácido ursodesoxicólico y la profilaxis antibiótica continua). En las formas complicadas y según el grado anatómico y la existencia de fibrosis portal y/o hipertensión portal, estaría indicado la lobectomía o el trasplante hepático.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1255

DOCTOR, SE ME CAE EL PÁRPADO

T Lobato Prieto (1), FJ Ortega Ríos (2), P Docampo Damea (1),
CC Moreno Castellanos (1), G Luzardo López (1),
C Teijeiro Bermejo (1), I González Mendia (3)

(1) Complejo Asistencial de Zamora, (2) Centro de Salud Campos
Lamprean. Zamora, (3) Servicio de Urgencias. Complejo Asistencial
de Zamora

Palabras clave: disección, carótida, síndrome de Horner

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Motivo de consulta: El paciente comienza con cervicalgia derecha tras realizar esfuerzo levantando peso. A los cuatro días presenta ptosis palpebral derecha y cefalea de predominio retroocular derecho con irradiación hemicraneal, por lo que decide acudir a su MAP, donde se objetiva un síndrome de Horner incompleto y es enviado al servicio de urgencias hospitalarias. Antecedentes personales: Dislipemia y obesidad, sin otros factores de riesgo cardiovascular, en tratamiento con Atorvastatina 10 mg. Exploración física: TA: 160/100 mmHg, FC: 70 lpm, satO₂: 98%. El paciente presentaba buen estado de conciencia, orientado en tiempo y espacio, su lenguaje era fluido sin elementos disfásicos ni disartria. Presentaba ptosis y miosis reactiva derechas, no oftalmoparesia ni nistagmo, no paresia ni hipoestesia facial. No presentaba déficit motor ni sensitivo. Resto de la exploración sin hallazgos patológicos. Diagnóstico diferencial: El síndrome de Horner se produce por lesión en cualquier punto de la vía simpática desde el hipotálamo hasta la medula espinal. Será incompleto cuando no exista anhidrosis y nos localizará la lesión a nivel posganglionar. Cuando se asocia a dolor cervical o facial es muy sugestivo de disección de carótida interna. Otras posibles causas posganglionares son el aneurisma del seno cavernoso, masas cervicales u otitis media. Pruebas complementarias realizadas en Urgencias: Se le realiza Rx tórax y analítica sin hallazgos patológicos. AngioTC y AngioRMN donde se objetiva una disección de carótida interna derecha en su porción cervical y petrosa. Tratamiento y evolución: Se inicia tratamiento con antiagregantes y antihipertensivos. El paciente evolucionó favorablemente sin complicaciones durante el ingreso. Diagnóstico final: Disección de carótida interna derecha.

Conclusiones:

La disección de arteria carótida interna es una entidad poco frecuente y de difícil diagnóstico si no se tiene un alto índice de sospecha. Se puede originar de manera espontánea o bien secundaria a traumatismo. Su etiología es multifactorial y la incidencia real es desconocida ya que en muchas ocasiones cursa de manera asintomática. Los antiagregantes evitarán los fenómenos trombóticos sobre la superficie lesionada y reducirán en gran medida la necesidad de intervención quirúrgica, que quedará reservada para aquellos pacientes con déficit neurológico progresivo o alto grado de estenosis.

P-1256

PATOLOGÍA AÓRTICA, CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN URGENCIAS

IM Martín Esteve, H Pérez Salvador, C Piedra Rodrigo,
MF Albarracín Vilchez, JM García Torrecillas

Hospital Torrecárdenas. Almería

Palabras clave: hemorragia digestiva, melenas, fístula aorto-entérica

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 84 años con antecedentes de factores de riesgo cardiovascular, aneurisma de aorta abdominal intervenido en 2012 con endoprótesis aórtica y bypass fémoro-femoral, consulta por melenas, dolor abdominal, náuseas y vómitos. EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, orientado y hemodinámicamente estable. A la exploración de abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias, doloroso a la palpación en flanco derecho, sin signos de peritonismo, peristalsis presente, tacto rectal con melenas. En analítica destaca hemoglobina 6,60, hematocrito 21,4%, plaquetas 188000, estudio de coagulación, urea y creatinina normales, radiografía abdomen sin hallazgos patológicos. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Úlcera péptica, lesiones agudas de la mucosa gástrica, hipertensión portal, malformaciones vasculares o neoplasia. DIAGNÓSTICO FINAL: Hemorragia digestiva por fístula aorto-entérica. EVOLUCIÓN: En observación presenta deposiciones melénicas, tensión sistólica 100 y frecuencia cardíaca 120, se le transfunden tres concentrados de hemáties. En endoscopia digestiva alta no evidencia sangrado, distalmente un cuerpo extraño blanco adherido. Sospechando que podría corresponder a endoprótesis aórtica, se realiza angiotomografía axial computarizada comparada con previa, destaca sin cambios el aneurisma de aorta infrarrenal y la endoprótesis aorto-iliaca derecha permeable, en su tercio proximal trombo periférico en la luz de la prótesis. Obliteración de la luz de arteria iliaca izquierda, así como en la región de su prótesis. Bypass fémoro-femoral permeable. Imagen metálica en fosa iliaca derecha-ileon distal. Se realiza intervención por fístula aorto-entérica, colocación de endoprótesis aorto-monoiliaca derecha, trombectomía de arteria iliaca y del bypass fémoro-femoral. Se traslada al Servicio de Cirugía General para continuar cuidados.

Conclusiones:

El diagnóstico de fístula aorto-entérica se realiza por endoscopia digestiva y angiotomografía axial computarizada, aunque es una entidad poco frecuente los médicos de urgencias debemos pensar en ella ante una hemorragia digestiva de origen no filiado.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1257

SÍNDROME DE MILLER FISHER

EM Prieto Piquero, M Cordero Cervantes, EM Cano Cabo,
R Cenjor Martín

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Palabras clave: oftalmoplejía, ataxia, síndrome de Miller Fisher

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 37 años de edad, sin antecedentes de interés, que acude al servicio de Urgencias por diplopía binocular en la mirada conjugada hacia arriba, con mareos, sin cefalea, de 24 horas de evolución. Asocia sensación de parestesias en cuarto y quinto dedos de ambas manos, peribucal, y debilidad en ambos miembros inferiores. No alteración en la marcha. Antecedente de faringoamigdalitis los días previos. A la exploración se encuentra consciente, colaboradora, orientada, bien hidratada y perfundida, eupneica en reposo. Afebril. No afasia ni disartria. Pupilas isocóricas y normorreactivas, Parálisis Motor ocular común derecho con diplopía en mirada conjugada hacia arriba, no dolor a movimientos oculares, facial centrado, no signos meníngeos, fuerza y sensibilidad conservada en todas extremidades, Romberg negativo, no disimetrías, marcha normal. Auscultación cardiorrespiratoria sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible sin masas ni megalias. Peristalsis conservada. Pruebas complementarias: Analítica dentro de parámetros normales. Electrocardiograma sin alteraciones significativas. TAC craneal y resonancia magnética: sin lesiones significativas. Diagnóstico: Síndrome de Miller Fisher. La paciente es ingresada en el servicio de Neurología y evoluciona favorablemente pasados unos días.

Conclusiones:

El síndrome de Miller-Fisher es la variante clínica más frecuente del síndrome de Guillain-Barré. La instauración del cuadro es habitualmente aguda, en horas o en días, con la tríada clínica clásica de oftalmoplejía parcial o completa, ataxia sensitiva y arreflexia. Es menos frecuente la presentación de parestesias distales, ligera paresia proximal en los miembros y afectación de otros pares craneales, particularmente blefaroptosis y debilidad facial periférica. En el 72% de los casos existe un precedente infeccioso respiratorio y en segundo lugar gastroentérico. Su diagnóstico se realiza con la existencia en suero de títulos elevados de anticuerpos antigangliósidos anti-GQ1b tipo IgG. Su existencia es útil también para el diagnóstico diferencial con encefalitis, ictus y enfermedad inflamatoria de tronco cerebral. El tratamiento con inmunoglobulinas y plasmáferesis parece acelerar la recuperación. Los primeros signos de mejoría clínica suelen evidenciarse a las 2-5 semanas del inicio de los síntomas, habitualmente la fase de recuperación se prolonga durante 4-6 meses y el pronóstico es relativamente benigno.

P-1258

PACIENTE CON SIADH COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO

A Rando Jiménez, M Salido Mota, A Hidalgo Natera

Hospital Regional Universitario de Málaga

Palabras clave: síndrome de secreción inadecuada de ADH, hiponatremia, carcinoma pulmonar de células pequeñas

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 66 años sin antecedentes previos. Presenta cuadro de astenia, vómitos de un mes de evolución, valorada por digestivo con ecografía y analítica en la que no se solicitan iones, no objetivándose ningún hallazgo patológico. En las últimas 2 semanas asocia torpeza y alteraciones del equilibrio. Acude a urgencias por caída secundaria a dicha alteración. En la exploración destaca marcada bradipsiquia, edema facial e hipoventilación en campos superiores hemitorax derecho. Analítica con sodio 111, osmolaridad 228, sodio orina 73 y osmolaridad orina 294 con euvolemia. Se diagnostica de hiponatremia severa por Secreción inadecuada de ADH (SIADH). Posteriormente se realiza Radiografía de tórax en la que se objetiva lesión en lóbulo superior derecho, y TAC de tórax que confirma dicha lesión así como compresión de Vena Cava Superior, estableciéndose posteriormente el diagnóstico histopatológico de Carcinoma microcítico de pulmón. Tras tratamiento con suero salino hipertónico y restricción hídrica se produce lentamente mejoría sintomática y analítica. Inicia tratamiento quimioterápico con buena respuesta inicial, con resolución de SIADH.

Conclusiones:

Los síndromes paraneoplásicos hormonales puede conducir al diagnóstico de una neoplasia subyacente previamente desconocida, pero estos pueden dominar el cuadro clínico, dificultando el diagnóstico etiológico. El diagnóstico de SIADH se establece por la clínica y los datos analíticos. En el caso del Ca de pulmón, la estirpe histológica que más se asocia con SIADH es el Carcinoma microcítico (2-10%). La hiponatremia grave o asociada a síntomas neurológicos debe tratarse con suero salino hipertónico y diuréticos de asa para evitar la sobrecarga hídrica. La medida terapéutica más importante es el control de la neoplasia subyacente. En el Carcinoma microcítico de pulmón, la quimioterapia mantiene niveles séricos de Na en límites de normalidad en más del 80% de estos pacientes.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1259

FIBRINOLISIS EN TROMBOSIS DE ARTERIA HUMERAL EN URGENCIAS

M Jiménez Parras (1), MA Bernal Hinojosa (1), C de la Cruz Cosme (2), F Temboury Ruiz (1), EM Fragero Blesa (1), E Rosell Vergara (1)

(1) UGC Urgencias. HCU Virgen de la Victoria. Málaga, (2) FEA Neurología. HCU Virgen de la Victoria. Málaga

Palabras clave: fibrinólisis, código ictus, trombosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 86 años, alérgica a simvastatina, independiente para ABVD y funciones cognitivas conservadas. Hipotiroidismo, HTA, DL, Cardiopatía isquémica (lesión severa en tronco de CI distal y estenosis ostial revascularizadas con Stents Farmacoactivos. Estenosis aórtica moderada. HTP. Disnea GF HI. Episodio de EAP. Tratamiento: Bisoprolol, Amlodipino, Valsartán, Doxazosina, Furosemida, Espironolactona, AAS, Atorvastatina, Eutirox, Omeprazol. Traslada por 061 con activación del CÓDIGO ICTUS por disartria, desviación de la comisura bucal y debilidad en hemicuerpo izquierdo de 1 hora de evolución. A la exploración destaca: TA 165/55. FC 60 lpm. Glucemia 109 mg/dl. Disartria moderada. Obedece órdenes. Desviación parcial de la mirada conjugada a la derecha, hemianopsia homónima izquierda por amenaza, facial izquierdo, hemiplejía izquierda. RCP extensor izquierdo. No dismetría. No alteración de sensibilidad grosera. Heminantención izquierda. NIHSS 16. Se realizan complementarias descartando sangrado en TAC craneal, diagnóstico de ictus isquémico extenso en territorio de la arteria cerebral media derecha, por lo que se inicia Fibrinólisis tras la cual disartria leve, obedece órdenes simples y complejas, mirada conjugada normal, campimetría por amenaza normal, leve facial izquierdo, no déficit motor en el momento actual, RCP extensor izquierdo y flexor derecho, no dismetría, no alteración de la sensibilidad grosera. NIHSS 2. Tras ingreso en planta y estudio, alta a domicilio sin secuelas y sin modificación del tratamiento. A los 4 meses consulta de nuevo por desviación de la comisura bucal y de la mirada, hemiparesia izquierda. Disartria moderada. Obedece órdenes simples y complejas. RCP extensor izquierdo. No alteración de sensibilidad. Heminantención izquierda. Frialdad y cianosis en mano derecha, con asimetría de pulsos en miembros superiores. Dolor en mano derecha. NIHSS 18. Se solicitan complementarias destacando TAC cráneo: Lesión residual en territorio ACMD, sin signos de sangrado ni edema, Ecodoppler: con trombosis de la arteria humeral derecha. Se decide fibrinólisis, al no existir contraindicación, por haber transcurrido 4 meses de la anterior. Con escasa respuesta al tratamiento, con empeoramiento de la disartria y somnolencia, persistiendo hemiparesia izquierda con hemianopsia y Babinski izquierdo y disfagia.

Conclusiones:

La importancia de iniciar la ACO en pacientes FA paroxística y episodio Ictus para la prevención de nuevo eventos cardioembólicos.

P-1260

ABDOMINALGIAS QUE DAN LA CARA PARA INTOXICACIONES POR METFORMINA

M Cramp Vinaixa (1), P Espin Aguade (2), E Borreguero Guerrero (1), E Satue Gracia (1), A Salvador Salvador (1)

(1) CAP Torreforta-La Granja, (2) UTE Egara. Tarragona

Palabras clave: acidosis láctica, metformina, dolor abdominal

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 78 años, con antecedentes de Hipertensión, Diabetes tratada con metformina, ACxFA y AVC, que consultó por dolor abdominal intenso de tres días de evolución. A la llegada al centro presentó deterioro brusco del nivel de conciencia con Glasgow 8, palidez cutánea, taquipnea, taquicardia, hipotensión e hipotermia. Resto de exploración anodina. En las pruebas complementarias iniciales destacaba acidosis láctica (pH6,65, lactato12.84mmol/L, Bicarbonato8mmol/L), hipernatremia, creatinina 8mg/dL. ECG con fibrilación auricular, radiografía de tórax, sedimento orina y ecocardiograma sin alteraciones. Dada la situación clínica inicial, se procedió a intubación orotraqueal, soporte con drogas vasoactivas y monitorización con PICCO ingresando en UCI donde precisó hemodiafiltración con posterior normalización de la función renal, weaning y recuperación óptima del estado de conciencia a los ocho días. Inicialmente se orientó como shock séptico de origen abdominal pero al empeorar la acidosis láctica con parámetros analíticos negativos sin evidencia de foco séptico y empeoramiento de la función renal se orientó como posible intoxicación por metformina. La metformina es el antidiabético oral más prescrito en nuestro entorno, es una biguanida que tiene varias acciones a diferentes órganos que afectan el metabolismo de la glucosa de las que destacamos la inhibición de la piruvato carboxilasa (encargada de convertir el lactato a piruvato) por lo que aumenta la producción de lactato y disminuye su metabolismo provocando la acidosis láctica. La acidosis láctica asociada a Metformina (MALA) es una entidad que se refiere a un lactato de 5mmol/L y pH areterial<7,35 asociados a exposición a Metformina. Hay varios factores de riesgo que predisponen a esta acidosis: insuficiencia renal, EPOC, disfunción hepática, enfermedad cardiovascular, infección severa o alcoholismo por lo que se tiene que ser precavido al prescribirla en esta población. El tratamiento es la resucitación y las medidas de soporte ya que no hay antídoto para revertirla.

Conclusiones:

La acidosis láctica por metformina es una entidad bastante frecuente con una mortalidad del 50-80%. Es un diagnóstico que se tiene que contemplar ante un paciente en tratamiento con metformina, que presente malestar general y/o estabilidad hemodinámica aunque no presente ninguno de los factores de riesgo que la predispongan.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1261

DOLOR INTENSO EN EXTREMIDADES INFERIORES COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

S Clotet Vidal, H Hernández Ontiveros, M Barcons Pujol, E Pascual Goñi, L Prats Sánchez

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Palabras clave: stroke, headache, pain

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 78 años que consultó en urgencias por dolor espontáneo, intenso y curso progresivo en extremidades inferiores (EEII) de tres días de evolución. Las maniobras de Laségue y Bragard fueron positivas. Durante el periodo de observación, constantes vitales en rango. Se orientó como lumbociatalgia y fue alta a domicilio con analgesia y reposo. Aproximadamente 24 horas después volvió a urgencias por aparición de cefalea, cervicalgia, vómitos y diplopía binocular horizontal. Entre sus antecedentes destacaba hipertensión arterial y fibrilación auricular. Como medicación habitual destacaba el acenocumarol. La exploración neurológica evidenció parálisis incompleta del sexto par craneal izquierdo y rigidez nuchal. El resto de la exploración sin cambios. En la analítica destacaba un recuento plaquetario en rango y un tiempo de protrombina (INR) de 3.0. La tomografía craneal mostró una hemorragia subaracnoidea aguda (HSA) lateral bulbar izquierda. Se administró complejo protrombínico y vitamina K. Posteriormente, se realizó un angioTC craneal y una arteriografía cerebral que descartaron la presencia de anomalías vasculares subyacentes. Se orientó como HSA no aneurismática en relación al tratamiento anticoagulante.

Conclusiones:

La HSA es una emergencia vital que precisa diagnóstico y tratamiento precoz. La forma típica de presentación es una cefalea brusca (en trueno), pero la sintomatología inicial puede variar en función de la cantidad y localización del sangrado. En el caso actual el síntoma principal fue dolor intenso en EEII. La hipótesis principal es que el dolor en EEII durante el curso de una HSA se podría producir por diseminación subaracnoidea del sangrado, provocando irritación meníngea y radicular. En casos descritos con HSA y afectación radicular la sintomatología característica es dolor o bien déficit sensitivo en la zona del dermatoma correspondiente. El interés del caso actual radica en la necesidad de conocer la presentación con síntomas atípicos de la HSA ya que su diagnóstico precoz. En el caso presentado conocer la naturaleza de la sintomatología hubiera supuesto la suspensión de la anticoagulación y la administración precoz del tratamiento.

P-1262

ICTUS VERSUS NEUROPATÍA EN URGENCIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

J Gea Fernández (1), M^aL Morales Cevidanes, M Jiménez Parras, M Pérez Peinado, E Rosell Vergara, J Amores Fernández

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Palabras clave: neuropatía, ictus, paresia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: Es de vital importancia realizar un correcto diagnóstico de las enfermedades cerebrovasculares agudas para instaurar el tratamiento adecuado y prevenir sus complicaciones. La presentación de una clínica atípica o de síntomas poco comunes que puedan sugerirnos otras patologías, ocasionan que el diagnóstico resulte difícil de establecer. **CASO CLÍNICO:** Paciente mujer de 43 años con A.P. de DM, HTA y fumadora en tratamiento con Insulina, Valsartan y AAS que acude al servicio de urgencias al iniciarse 48h antes molestias de tipo mecánico en región lumbar, inestabilidad en la marcha con caída accidental y debilidad en MII. La paciente fue valorada y dada de alta con diagnóstico de probable neuropatía diabética. Transcurridas 10 horas desde dicha consulta, acude de nuevo por paresia de dicha extremidad e imposibilidad para la deambulaci6n. A la exploraci6n f6sica, la paciente se encontraba estable, orientada, con hemiparesia izquierda (MSI 4/5, MII 1/5), sensibilidad conservada y ligera anosognosia, sin otros hallazgos significativos. Se realizaron estudios complementarios con anal6tica normal, radiograf6a de t6rax sin hallazgos significativos, ECG en RS a FC N y TAC Craneal que evidenci6 lesi6n hipodensa en territorio de ACA derecha. Con el diagn6stico de ictus isqu6mico ACA derecha se administr6 tratamiento antiagregante y se ingres6 a cargo de Neurolog6a.

Conclusiones:

Ante una paresia aguda de un miembro (en nuestro caso el MII) debemos considerar, adem6s de las lesiones cl6sicas del sistema nervioso perif6rico, la afectaci6n a nivel de la representaci6n cortical de dicho miembro. La paresia aislada de los miembros de origen central, que afecta a los m6sculos que dependen de un nervio perif6rico, es poco frecuente. En estos casos debe realizarse un buen diagn6stico diferencial siendo necesario descartar lesiones del nervio perif6rico (electromiograf6a) as6 como pruebas de imagen que confirman el diagn6stico sin olvidar realizar una an6mnesis y exploraci6n neurol6gica detallada para evitar retrasar el diagn6stico y el tratamiento adecuado.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1263

CRISIS COMICIALES DURANTE EL SUEÑO EN PACIENTE OBESO

LJ Arce Segura (1), E Díaz Vera (1), P Tranche Álvarez-Cagigas (1), Y López Albarrán (1), G Peña y Lillo Echeverría (1), R Rodríguez Calveiro (1), I Miguens Blanco (2)

(1) Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, (2) Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Palabras clave: crisis convulsivas, apnea obstructiva del sueño, hipoxia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Las crisis comiciales son un motivo de consulta frecuente en Urgencias. En ocasiones, son la forma de presentación de otra patología subyacente. Es fundamental una anamnesis exhaustiva para identificar posibles desencadenantes. ANAMNESIS Varón, 52 años. Hipertenso. Obeso. Fumador. Sin tratamiento habitual. Acudió a Urgencias por episodio de movimientos anormales mientras dormía durante la noche, presentó mordedura de lengua y bajo nivel de consciencia. No relajación esfinteriana ni otra clínica, ni previa ni posteriormente. La esposa refería varios episodios previos similares por los que no habían consultado. Roncador habitual. En urgencias, completamente asintomático. EXPLORACIÓN Estable hemodinámicamente. Afebril. Exploración física completa, incluyendo neurológica, estrictamente normal. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Analítica sanguínea, gasometría y orina (incluyendo tóxicos), electrocardiograma, tomografía axial computerizada craneal normales. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Crisis comicial Arritmia cardíaca Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) Mioclonías nocturnas Síncope convulsivo Atragantamiento Se mantuvo asintomático y estable en Urgencias. Unos 45 minutos después de dormirse, en decúbito supino, presentó episodio de ronquido, seguido de crisis tónico-clónica generalizada, cedió con 2 miligramos de midazolam intranasal, postcrítico posterior. Con sospecha inicial de crisis comiciales en posible relación con SAOS, no estudiado hasta el momento, se realizaron interconsultas a neurología y neumología. JUICIO CLÍNICO Crisis comicial en relación con hipoxia nocturna por SAOS. EVOLUCIÓN Tras estudio completo, que incluyó polisomnografía nocturna, se confirmó la sospecha clínica inicial. Buena evolución tras introducción de Presión Positiva Continua en la Vía Aérea (CPAP) nocturna y medidas higiénico-dietéticas/ pérdida de peso, sin necesidad de tratamiento anticomicial. No aparición de nuevas crisis. En sucesivas consultas se confirmó buena evolución.

Conclusiones:

Las crisis comiciales pueden ser secundarias a multitud de procesos. Algunos de ellos son fácilmente detectables, en otras ocasiones, es imprescindible un alto grado de sospecha para identificarlos. El SAOS es una patología muy prevalente en la edad adulta, generalmente asociado a obesidad. Genera episodios de hipoxemia durante el sueño, y fragmentación de este, que pueden conducir a la aparición de crisis comiciales. La coexistencia de ambos procesos empeora su manejo y evolución, pero un buen control del SAOS repercute de manera favorable en el control de las crisis.

P-1264

¡SOCORRO! ¡NO PUEDO MOVERME!

M García Moya (1), P Navarro González (1), M Montes Luna (1), T García Lloret (2), A Pérez Martínez (1), J Salgueiro Ruiz (1), P Cuenca Orts (1)

(1) Hospital Francisco de Borja. Gandía, (2) CSI Beniopa. Gandía, Valencia

Palabras clave: kidney neoplasms, neoplasm metastasis, epilepsy

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Presentamos un ejemplo de la importancia de investigar la causa de manifestaciones neurológicas previas con exploración neurológica normal en el momento de la consulta: Paciente 54 años que acude a Urgencias triándose como: mareo y paresia en hemicuerpo derecho. Como antecedentes: Intervenido de poliplectomía en laringe y ovariectomía. Narra cuadro de parestesia en miembro inferior derecho iniciado hace 90 minutos, seguido de hemiparesia derecha que posteriormente recupera. Episodio similar hace unas semanas y el otro, hacía 48h. En contacto asistencial previo, se clasifica como accidente isquémico transitorio y se antiagrega. Solicitándose interconsulta preferente a neurología. Cuando la exploramos: La exploración física y neurológica son normales. Los resultados de sus análisis bioquímicos, hemograma y coagulación resultan ser normales. Sólo PCR es de 12,86 mg/L Nuestra sospecha: cuadro vascular cerebral, lesión ocupante de espacio y menos probables: causa infecciosa (VIH, Sífilis), tumor cerebral primario y linfoma. En Tac de cerebro: LOE que realza en anillo en convexidad parietal izquierda, parasagital, corticosubcortical, de 16 mm. Condiciona edema vasogénico circundante que oblitera cisuras locales. Diagnóstico: Carcinoma de células renales, metástasis cerebrales y pulmonares. Afectación focal hepática, páncreas y suprarrenales. El diagnóstico que se realizó en Urgencias no cambió el pronóstico pero si filió la causa, en este caso una enfermedad grave que requiere tratamiento. La rapidez de presentación de los síntomas y la no existencia de cuadro constitucional hicieron pensar en causa vascular en lugar de neoplásica.

Conclusiones:

Lesión compatible con metástasis. En planta: TAC Tóraco-abdomino-pélvico: Masa renal derecha, compatible con neoplasia. Lesión focal hepática, lesión focal pancreática y suprarrenales. Nódulos pulmonares inespecíficos versus metástasis.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1265

PARADA EN TRIAJE

V Notario Barba, JO Magallanes Gamboa, A Gallegos Polonio, J González Rodríguez, R Juárez González, F Marcos Sánchez

Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina, Toledo

Palabras clave: pérdida de conciencia, fiebre sin foco, LLA

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 53 años que acude a urgencias refiriendo cuadro de 3 días caracterizado por astenia, malestar general, náuseas, vómitos y fiebre. Tras el triaje se decide su atención en consultas. En sala de espera, presenta pérdida de conciencia de manera súbita. Es llevado rápidamente a Observación, se objetiva fiebre (38°C) sin registrar tensión arterial, pulso débil y rápido, con SO₂: 90%. Inmediatamente se canalizan dos vías periféricas y se inicia fluidoterapia enérgica y aporte de oxígeno. A la exploración, se encuentra sudoroso con bajo nivel de consciencia, reactivo solo al dolor intenso (EG:6) sin rigidez de nuca. Disneico con marcada palidez. Ruidos cardíacos rítmicos, taquicárdicos (105lpm), sin soplos. Hipoventilación global con roncus y sibilantes difusos. Abdomen blando, depresible, RHA+, no doloroso y sin visceromegalia. No edemas ni signos de TVP en miembros inferiores. Realizamos radiografía de tórax portátil donde se descartan infiltrados o condensación en campos pulmonares. El EKG muestra ritmo sinusal a 84 lpm con BCRD. Con el tratamiento inicial se consigue estabilización hemodinámica (TAS>100), es llevado a realizar TAC craneal donde se descarta ACV. El paciente va despertando lentamente. Inicialmente desorientado, confuso y bradipsíquico. Logra informar como único antecedente, esplenectomía hace años tras accidente de tráfico. Llegan las primeras analíticas: Leucocitos 10700 con 1600 neutrófilos, Hb 9.8 g/dl, Hcto 28.7%, VCM 103fl, HCM 35.4 pg y 64000 plaquetas. Bioquímica: glucosa 135mg/dl, urea 23 mg/dl, creatinina 1.01mg/dl. Iones normales. Bilirubina total 0.8 mg/dl y transaminasas normales. PCR 52.4 mg/L. El sistemático de orina es negativo. En resumen, tenemos un paciente joven que acude por fiebre sin foco y en cuyo hemograma objetivamos trombocitopenia, anemia macrocítica y neutropenia absoluta. Solicitamos LDH urgente, siendo de 818UI/L. Planteamos la posibilidad de un proceso hematológico subyacente. Solicitamos frotis de sangre periférica (SP) en la que se describe presencia de blastos, compatible con Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) de precursores de células B, que se confirmaría posteriormente en aspirado de médula ósea (MO).

Conclusiones:

La LLA es una enfermedad maligna clonal de MO en que los precursores linfoides inmaduros proliferan y reemplazan las células hematopoyéticas normales. Sus manifestaciones clínicas reflejan el grado de insuficiencia de la MO e infiltración extramedular. La mitad de casos cursan con fiebre. Son frecuentes, astenia y adinamia debidas a anemia. Menos comunes son cefalea, vómitos, alteraciones de las funciones mentales y oliguria. La anemia y trombocitopenia suelen estar hasta en 90% de casos, la neutropenia es frecuente y el hallazgo de blastos en SP se da en el 15%. El aumento de LDH está en relación con la destrucción celular.

P-1266

MIGRACIÓN DE LA PROTÉSIS BILIAR

G García Estrada (1), H Safir Jabeen (2), M Estrada Martínez (1), D Fernández Gonzalo (3), M Maceira Failache (1), ME Cano Cabo (1), M Cordero Cervantes (1)

(1) Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, (2) Complejo Asistencial Universitario León, (3) Hospital Valle Nalón. Gijón

Palabras clave: prótesis, ampuloma, biliar

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 81 años sin alergias medicamentosas. No deterioro cognitivo. Diabetes Mellitus tipo 2. Ictericia obstructiva secundaria a ampuloma colocándose una prótesis metálica no recubierta vía endoscópica (2014). Tratamiento crónico Insulina de acción prolongada en la comida y Metformina. Acude a urgencias por cuadro de vómitos postprandiales intermitentes desde hace 3 días hasta llegar a una intolerancia oral. No fiebre, no dolor abdominal, no síntomas vegetativos, pérdida de peso en los últimos meses. No alteraciones del ritmo intestinal. **EXPLORACIÓN FÍSICA:** Consciente, orientada, colaboradora. T° 36.5°C. PA: 90/50 mmHg. FC 80 lpm. Glucemia 90 mg/dL. Auscultación cardio-pulmonar normal. Abdomen blando, depresible, no doloroso, no se palpan masas ni megalias, Murphy negativo, no signos de irritación peritoneal. Peristaltismo conservado. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Hemograma: Leucocitos 15070 con 94.3% neutrófilos, resto normal. Estudio de coagulación y bioquímica: normal salvo FA 225, AST 49. ALT 40, GGT 239. PCR 2.7. Rx tórax y abdomen sin interés. Ecografía abdominal: lesiones hipocogénicas en el parénquima hepático, descartar metástasis. Prótesis en segunda porción duodenal con dilatación retrógrada de duodeno y cámara gástrica. TC abdominal: prótesis biliar migrada a duodeno. Masa en cabeza pancreática y múltiples metástasis hepáticas. Gastroscoopia con biopsia: estenosis en la segunda porción del duodeno por una masa con resultado histológico de adenocarcinoma infiltrante. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Coledocolitiasis secundaria a la colestasis. Obstrucción duodenal. **DIAGNÓSTICO:** Ampuloma estadio IV. Estenosis intestinal por infiltración tumoral duodenal e impactación por migración de prótesis biliar. **TRATAMIENTO:** Manejo paliativo, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) para drenaje endoscópico de la obstrucción biliar mediante esfinterectomía y colocación de una nueva prótesis expansible.

Conclusiones:

La ampolla de Vater es la parte del duodeno donde confluyen y desembocan los conductos biliar y pancreático, los tumores a este nivel se denominan ampulomas. El estudio histológico con biopsia con pinza tiene limitaciones no es infrecuente la coexistencia de adenoma y adenocarcinoma en el mismo tumor papilar como fue el caso de esta paciente, recidivando el ampuloma como un adenocarcinoma infiltrante. En la actualidad se recomienda la escisión como único método



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

fiable de estudio histológico. La sintomatología puede ser inespecífica como en este caso. El tratamiento varía según edad y comorbilidad del paciente desde una resección curativa (duodenopancreatectomía cefálica) a un drenaje endoscópico paliativo (ampulectomía quirúrgica, papilectomía endoscópica).

P-1267

OJO CON LA METFORMINA

J López Pérez (1), P Abellán García (1), A Ortega Requena (1), F Lafuente Salanova (2), LM González Torres (1)

(1) HGU Reina Sofía. Murcia, (2) CS Santomera. Orihuela, Alicante

Palabras clave: diabetes mellitus, acidosis, acute renal failure

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 68 años que acude a Urgencias por dolor abdominal, náuseas y malestar general. AP: HTA, DM tipo 2 en tratamiento con Metformina, EPOC. Isquemia crónica en miembros inferiores, tratada la del MID con un stent hace tres semanas tras realización de angioTC con contraste (Creatinina al alta: 1.6). EA: el paciente consulta por cuadro progresivo de una semana de evolución de dolor abdominal, diarrea, náuseas, anorexia, oliguria, malestar general y somnolencia. EF y pruebas complementarias: GCS 15. Somnoliento, desorientado temporoespacialmente. No déficit motores. Afebril y taquipneico. ACP: hipoventilación generalizada, resto normal. Dolor difuso a la palpación abdominal sin signos de irritación peritoneal. Pulsos pedios débiles. Analítica: pH 6.88, Pco2 66, HCO3 17, Creatinina 8.1 mg/dl, Urea 90 mg/dl, glucosa 40 mg/dl. Ácido láctico 4 mmol/L. Ante la sospecha de acidosis láctica grave secundaria a intoxicación por metformina, se inicia reposición hidroelectrolítica, administración de bicarbonato y corrección de la hipoglucemia. El paciente presenta mejoría gasométrica, pero dada la insuficiencia renal aguda, y para eliminar la metformina, se decide ingreso en UCI para continuar tratamiento e iniciar hemodiálisis. La evolución del paciente fue buena tras 4 días de tratamiento.

Conclusiones:

La Metformina es una biguanida ampliamente utilizada en el tratamiento de la DM tipo 2. Existen efectos adversos: acidosis láctica, trastornos gastrointestinales, hipoglucemia, malabsorción de B12 y fólico y hemólisis. La patogenia de la acidosis láctica asociada a la metformina no es totalmente conocida. Suele ocurrir cuando se toma en coexistencia con determinados factores: insuficiencia renal, EPOC, disfunción hepática, enfermedad cardiovascular, sepsis o alcoholismo. Existen criterios de exclusión para el tratamiento con metformina: insuficiencia renal (creatinina: 1,5 mg/dl), enfermedad cardíaca o pulmonar susceptible de provocar descenso de la perfusión, acidosis láctica previa, enfermedad hepática y el uso de contrastes yodados. El tratamiento de la intoxicación por metformina es controvertido. El uso de bicarbonato es habitual aunque no existe evidencia científica que avale un mejor pronóstico, además de poderse asociar a efectos secundarios (sobrecarga de sodio, alcalosis metabólica, alteraciones del potasio y descenso de la contractilidad miocárdica. La escasa unión de la metformina a las proteínas plasmáticas hace útil la hemodiálisis.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1268

VARÓN CON LESIONES CUTÁNEAS Y EDEMAS GENERALIZADOS

T Ortega Gómez-Alférez, M Molina Anguita, MC Monroy Gómez, A Santamaría Marín, P Torres Delgado, M Arambarri Segura

Hospital General Universitario de Ciudad Real

Palabras clave: skin lesions, protein in urine, glomerulonephritis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 80 años, exfumador, con antecedentes de hipertensión arterial, EPOC y carcinoma de próstata tratado sin datos de recidiva, que acudió a urgencias por lesiones cutáneas en abdomen y miembros inferiores (MMII). Veinticuatro horas antes había comenzado con edema facial y en extremidades. No refería dolor abdominal. Hacía tres semanas presentó catarro de vías altas, sin fiebre. Negaba cambios recientes en tratamiento y otra clínica asociada. En la exploración destacaba presión arterial 155/98 mm Hg, rubicundez facial, edemas con fovea en manos y MMII y lesiones purpúricas confluentes en MMII y abdomen. Se realizó analítica objetivando creatinina 1.61 mg/dl (anteriormente normal), urea 58 mg/dl, proteínas totales 6.2 g/dl, PCR 3.9 mg/dl, hematuria microscópica y proteinuria de 1 gramo. Ante sospecha clínica de glomerulonefritis mensangial IgA, se interconsultó con nefrólogo de guardia, que ingresó al paciente. Se realizó biopsia renal con resultado de glomerulonefritis necrotizante focal con semilunas epiteliales en el 42% de glomérulos viables y depósitos mesangiales y subendoteliales de IgA, compatible con púrpura de Schönlein-Henoch (PSH). Asimismo se realizó biopsia cutánea con diagnóstico de vasculitis leucocitoclástica. No hubo hallazgos significativos en otras pruebas complementarias, excepto IgA 583. El paciente recibió tratamiento con corticoides, con mejoría de las lesiones cutáneas y normalización de la función renal.

Conclusiones:

La PSH es una vasculitis sistémica de pequeño vaso, caracterizada por depósitos vasculares y mesangiales de IgA. Tiene baja incidencia en adultos pudiendo tener evolución desfavorable según compromiso renal y sistémico. Siempre se debe descartar neoplasia subyacente. Clínicamente se caracteriza por aparición de una púrpura palpable, artralgias, dolor abdominal y hematuria o proteinuria. El compromiso renal está descrito en 20-60% de casos. La biopsia renal es la prueba diagnóstica específica. El tratamiento se basa en controlar los síntomas agudos y monitorizar la función renal para prevenir la insuficiencia renal crónica, así como la corticoterapia con resultados variables.

A-1269

ESTALLIDO OCULAR

M Molina Anguita, A Santamaría Marín, T Ortega Gómez-Alférez, P Torres Delgado, C Monroy Gómez, C Granados Lajara

Hospital General Universitario de Ciudad Real

Palabras clave: traumatic, ocular, urgency

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Los traumatismos oculares son un motivo de urgencia muy frecuente, en la mayoría de los casos sin importancia, pero en otras son tan graves que se presentan como la primera causa de ceguera unilateral. Por consiguiente, hay que descartar un trauma ocular grave, definida como una lesión aguda sobre el globo ocular y sus estructuras anexas que ocasiona un daño tisular grave con riesgo de compromiso de la función visual permanente. Presentamos una mujer de 71 años en tratamiento con acenocumarol, que acude al SUH tras caída desde la cama con presencia de hematoma periocular derecho y traumatismo costal. Pérdida de agudeza visual de ojo derecho, sin patología en ojo izquierdo. En la exploración física destaca pérdida de tensión ocular en ojo derecho a la presión junto con hiposfagma que protuye con la apertura de párpados de forma manual. Pérdida de agudeza visual a corta distancia (< 5cm). No crepitación ósea, no palpo reborde de fractura. No posibilidad de realizar fondo de ojo. Herida contusa no profunda en ambos párpados. Exploración de ojo contralateral normal. En las pruebas complementarias de urgencia no se observa fractura ósea en radiografía craneal ni de tórax. El estallido ocular es una urgencia hospitalaria poco frecuente, en la que hay que avisar inmediatamente el Servicio de Oftalmología para exploración bajo anestesia general y confirmación del diagnóstico con Ecografía o TAC. Mientras debemos: evitar anestésicos locales, antiinflamatorios con ASA y antibióticos. Suspender la vía oral y disminuir las maniobras de Valsalva con antieméticos y laxantes. Oclusión sin presión para evitar salida del vítreo. Posición semisentada. Suele afectar al tejido corioideo subconjuntival por ello la presencia de hipema junto con hemorragia subconjuntival y hemovítreo deben hacernos pensar en ruptura escleral. El tratamiento siempre debe ser cirugía, en caso de estar contraindicada, la actitud expectante puede ser la mejor opción.

Conclusiones:

Nuestra paciente fue intervenida en menos de 24 horas. Pese al mal pronóstico de la enfermedad tuvo buen resultado con salvación del globo ocular y tratamiento local al alta, lo que nos indica la importancia de un tratamiento rápido y eficiente desde su primera visita en Atención Primaria o en el Servicio de Urgencias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1270

DOLOR ABDOMINAL DE ORIGEN ISQUÉMICO

Al Nogales García (1), J Abelaira Freire (2), A Revuelta Alonso (1),
A Crespo Giménez (1), MR Sanz de Barros (1)

(1) Hospital Universitario Infanta Sofía, (2) Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Palabras clave: dolor abdominal, isquemia mesentérica, trombosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO: Varón de 49 años, sin antecedentes de interés salvo una artritis gotosa sin tratamiento en ese momento, que acude a urgencias por dolor lumbar bilateral irradiado en cinturón, de aparición brusca, incapacitante y continuo de una hora de evolución, que no se modifica con el hábito postural ni la deambulación o el reposo, además sensación nauseosa intensa y sudoración fría. EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: T° 36,9 °C, TA 157/110 mmHg, FC 78 lpm, Saturación O₂ 100%. Auscultación cardiopulmonar anodina. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, con ruidos hidroaéreos presentes, sin signos de irritación peritoneal y PPR bilateral negativa. Analítica: leucocitos 15.18 10E3/ μ L, lactato 3.80 mmol/L. Orina: sin hallazgos. EKG: ritmo sinusal a 72 lpm, eje normal, QRS estrecho, sin alteraciones agudas de la repolarización. TAC abdomen: trombosis de la arteria mesentérica superior con signos de isquemia intestinal extensa. JUICIO CLÍNICO: Trombosis mesentérica aguda. Isquemia mesentérica aguda. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Rotura aneurisma aorta abdominal, cuadro infeccioso/inflamatorio abdominal (diverticulitis aguda, colitis pseudomembranosa).

Conclusiones:

Con el diagnóstico de trombosis venosa mesentérica se realizó trombectomía de arteria mesentérica superior sin llegar a precisar resección intestinal. La trombosis venosa mesentérica es una causa poco frecuente de dolor abdominal, sin embargo, dada la inespecificidad de su sintomatología y la elevada mortalidad que presenta, es una entidad que debe tenerse en cuenta ante todo cuadro de abdomen agudo. En el 30% de los casos se relaciona con un estado de hipercoagulabilidad primaria y en el 60 % de los casos secundaria (hipertensión portal, enfermedad inflamatoria intestinal, procesos sépticos abdominales,), el resto son de causa idiopática.

A-1271

LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO PRECOZ

J Monedero La Orden, EC Gómez Cuenca, C Alfaro Gómez,
AE Ramírez Carralón, I Ponce García, M Martínez Ramírez

Hospital General de Almansa. Albacete

Palabras clave: acute aortic syndrome, aortic dissection, chest pain

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 76 años y de nacionalidad inglesa con antecedentes personales de Hipertensión arterial, Cardiopatía isquémica crónica con cuádruple bypass y reemplazo valvular (no aporta informes) que acude a Urgencias porque hace una hora tras levantar un peso comienza de forma súbita con dolor desgarrante en región anterior de tórax irradiado hasta cuello. El dolor empeoraba con el decúbito supino. En la exploración física destaca regular estado general con palidez cutánea y sudoración profusa, que se desencadena con el decúbito supino. Presión arterial 116/89 mmHg, Frecuencia cardiaca 77 lpm, Saturación O₂ basal 96 %. La auscultación cardiaca evidencia un soplo diastólico en borde esternal derecho, a nivel abdominal presenta dolor y defensa a la palpación epigástrica y en miembro superior derecho disminución del pulso radial, pero sin ausencia del mismo. Resto de la exploración sin datos de interés. Ante estos hallazgos clínicos, se inicia monitorización, se solicita hemograma, bioquímica, coagulación y gasometría arterial que no mostraban alteraciones significativas. Además, se solicitan pruebas cruzadas, electrocardiograma con ritmo sinusal a 80 lpm, PR normal, QRS estrecho, T negativa en III y TAC toraco-abdomino-pélvico urgente previo consentimiento informado ante la alta sospecha de síndrome aórtico agudo, que evidencia una disección aórtica tipo A que se origina en su raíz, donde se aprecia prótesis metálica y llega distalmente hasta inmediatamente por debajo de la salida de arterias renales. Se inicia tratamiento inmediato para control del dolor con sulfato de morfina y para mantener la presión arterial sistólica entre 100-120 mmHg con bolos y perfusión de labetalol intravenoso, siendo finalmente trasladado al hospital de referencia para tratamiento quirúrgico urgente con resultado exitoso.

Conclusiones:

El síndrome aórtico agudo es una entidad poco frecuente pero con una elevada morbimortalidad, siendo el diagnóstico y el tratamiento precoces fundamentales para mejorar el pronóstico de estos pacientes. Dentro de este síndrome, la disección aórtica es la más frecuente. Se trata de una urgencia médica que en la mayoría de los casos va a precisar tratamiento quirúrgico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1272

PARAPLEJÍA AGUDA

J Monedero La Orden, I Ponce García, EC Gómez Cuenca,
C Alfaro Gómez, M Martínez Ramírez, EM Fernández Díaz,
AE Ramírez Carralón

Hospital General de Almansa. Albacete

Palabras clave: paraplejía, meningomielitis, tuberculosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 43 años sin antecedentes de interés y natural de Honduras que presenta cuadro de 8 días de evolución con fiebre de hasta 39 °C, postración, cefalea occipital irradiada a espalda, dolor abdominal y vómitos. Esta mañana se despertó con imposibilidad para movilizar las piernas e incontinencia de esfínteres. Refiere diplopía binocular horizontal en la mirada lejana. En la exploración física muestra buen estado general, estable hemodinámicamente con lesiones papulovesiculosas de pequeño tamaño en tórax y raíz de extremidades de reciente aparición. En la exploración neurológica destaca intensa rigidez nuchal, bradipsiquia, paraplejía flácida en miembros inferiores con reflejo cutáneo plantar bilateral y reflejos osteotendinosos abolidos de forma generalizada. Se solicita analítica de sangre con Sodio 133 mmol/L, Potasio 3.1 mmol/L, Hemoglobina 11.8 g/dl, Hematocrito 34.8%, resto de parámetros incluido coagulación y orina fueron normales. El TAC craneal urgente fue normal y posteriormente se realizó punción lumbar que mostraba Leucos 255/mcl, predominio de mononucleares (90%), Hematíes 575/mcl, Proteínas 10,94 gr/l y Glucosa 78 mg/dl. Finalmente se solicita RMN medular urgente que evidenció alteración de la intensidad difusa del margen sobre todo anterior medular desde detrás de D1 hasta D12 hiperintenso en T2 y STIR, engrosamiento difuso de dicho margen medular que asocia importante realce meníngeo e intramedular D7-10. Ante los hallazgos bioquímicos del líquido cefalorraquídeo se sospecha como origen etiológico del cuadro un proceso infeccioso y se comienza el estudio del mismo. Recibe tratamiento con esteroides a dosis de 1 mg/Kg/día y tratamiento empírico con ceftriaxona, aciclovir, ampicilina y antituberculosos, ante la elevada sospecha de que se trate de una meningomielitis por tuberculosis. Durante su ingreso hospitalario se diagnostica infección por VIH. El diagnóstico final fue Meningomielitis aguda tuberculosa e Infección por VIH estadio C3.

Conclusiones:

En el diagnóstico de la paraplejía aguda cobra especial interés la neuroimagen y la minuciosidad en la exploración neurológica. La RMN es capaz de determinar la existencia y el nivel de una lesión medular, además de filiar su naturaleza. Sin embargo, a día de hoy la disponibilidad de la misma en las Urgencias hospitalarias sigue siendo escasa.

A-1273

IMPACTACIÓN ALIMENTARIA EN PACIENTES JÓVENES... ¿LA PRIMERA PISTA PARA LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA?

M Jordán Domingo, D Sáenz Abad, MC Lahoza Pérez,
CA Baquer Sahún, MM Jiménez Casado, I Murillo Díaz de Cerio,
S Monzón Ballarín

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Palabras clave: esofagitis eosinofílica, impactación, disfagia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Caso 1 Paciente de 36 años con antecedente de anafilaxia por pescados, consulta por disfagia brusca y sialorrea mientras comía. Refiere un episodio similar autolimitado dos años antes. En Urgencias realizamos un esofagograma observando obstrucción completa al paso de contraste en tercio superior del esófago. La endoscopia muestra esófago de aspecto anillado y presencia de un bolo alimenticio a 23 cm que se extrae. Caso 2 Paciente de 21 años sin antecedentes que consulta por sensación de cuerpo extraño retroesternal mientras ingiere pan. Episodios previos leves autolimitados. Se solicita esofagograma confirmando la impactación alimentaria en esófago proximal con obstrucción parcial al paso de contraste. Se retira con endoscopia apreciando lesiones blanquecinas en la mucosa esofágica.

Conclusiones:

JUICIO CLÍNICO: Impactaciones alimentaria por esofagitis eosinofílica. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: esofagitis de otro origen (por reflujo, infecciosa), patología tumoral esofágica, estenosis esofágica por compresión extrínseca (tumores mediastínicos, conglomerados adenopáticos), trastornos de motilidad (acalasia, espasmo esofágico). EVOLUCIÓN: Ambos pacientes fueron dados de alta con omeprazol tras la resolución endoscópica. El aspecto del esófago y los episodios repetidos fueron claves para establecer la sospecha. Ambos fueron derivados a Consulta de Digestivo donde se confirmó la infiltración eosinofílica de la mucosa en la biopsia endoscópica iniciando fluticasona deglutida sin presentar nuevos episodios. DISCUSIÓN: La EE es más frecuente en varones caucásicos y puede presentarse a cualquier edad. Los síntomas varían y puede ocasionar una impactación alimentaria que debe resolverse de manera urgente. El diagnóstico requiere un alto índice de sospecha y la confirmación anatomopatológica (>15 eosinófilos/c en la mucosa). La endoscopia descarta otras patologías y permite apreciar anillos esofágicos concéntricos (10-25% resulta normal) siendo imprescindible para las biopsias (2-4 muestras). El tratamiento consiste en deglutir corticoides nebulizados y prednisona oral si no hay respuesta. En casos graves se han obtenido buenos resultados con Omalizumab o antileucotrienos aunque de modo experimental. Las dilataciones esofágicas se reservan para casos excepcionales. Algunos pacientes tienen un componente IgE mediado y se benefician de dietas con restricción de algún alimento.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1274

PANCREATITIS AGUDA SECUNDARIA A HIPERTRIGLICERIDEMIA

AL Laguna Carrero

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Palabras clave: pancreatitis, hipertrigliceridemia, diabetes

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente varón de 42 años sin antecedentes de interés, bebedor de 3 cervezas diarias, que consulta a urgencias hospitalarias por motivo de dolor epigástrico y en hipocondrio derecho, no irradiado, sin cortejo vegetativo asociado, de aparición durante la madrugada, de 2 horas de evolución a su llegada al hospital, describe dolor continuo de gran intensidad, asociado a vómitos. Refiere en los 2 últimos meses síntomas de poliuria, polidipsia, y nicturia, y junto con pérdida de 7 kg de peso. En exploración física, dolor abdominal intenso. Se inician medidas de tratamiento sintomático y se solicitan pruebas complementarias dirigidas para descartar posibles causas: analítica, orina, radiografía de tórax, abdomen, electrocardiograma. En resultados analíticos destaca una hiperglucemia (410 mg/dl), con cetoacidosis secundaria (pH 7.05, HCO₃ 5), y orina con cuerpos cetónicos, en contexto clínico de debut diabético. Se inicia insulina intravenosa, y llama la atención que, a pesar de la mejoría metabólica y tratamiento, el paciente continúa con dolor y presenta un alto índice de lipemia (476 mg/dl), lo cual en un paciente diabético nuestra sospecha que se trate de hipertrigliceridemia, y por tanto nuestra orientación diagnóstica hacia pancreatitis a pesar de la amilasa normal (147 mg/dl). Se solicita ecografía abdominal, con hallazgos de pancreatitis aguda, y litiasis de 7 mm en vesícula biliar, sin colecistitis. Se amplían resultados de laboratorio con triglicéridos 2349 mg/dl que nos aporta datos congruentes que contrastan los resultados.

Conclusiones:

La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio del páncreas de etiología variada, cuya incidencia y prevalencia varían en función de la distribución geográfica. En varones, es más común de causa alcohólica, con edad de presentación a los 35-45 años. En mujeres, predomina la etiología litiasica y la presentación es más tardía: 60-65 años. La hipertrigliceridemia es una causa poco común de esta enfermedad, y es más frecuente en pacientes con antecedentes diabéticos y/o de consumo de alcohol. La elevación anormal de triglicéridos en pacientes con factores asociados, en contexto de dolor abdominal y vómitos, a pesar de unos niveles de amilasa normales, debería hacer plantearnos los triglicéridos como agente etiológico de una pancreatitis aguda.

A-1276

ICTUS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UNA NEOPLASIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

D Fernández Gonzalo (1), S Fernández Sampedro (2), P Agüera Fernández (1), S Rivas Menéndez (1), S Francesena González (1), G García Estrada (3)

(1) Hospital Valle Nalón, (2) Hospital San Agustín, (3) Hospital Universitario Central Asturias. Avilés, Asturias

Palabras clave: accidente cerebrovascular, anemia, carcinoma

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Varón de 46 años fumador de 1/2 paquete/día sin otros antecedentes medicoquirúrgicos de interés. EA: Acude al servicio de urgencias derivado de atención primaria por sensación de pérdida de fuerza de inicio brusco en mano derecha para realizar la pinza, parestesias y disminución de la agudeza visual de novo de unos 90 minutos de evolución. Ante la focalidad neurológica que presenta el paciente se decide realizar TAC de forma urgente donde se objetiva una lesión hipodensa compatible con patología isquémica dependiente de la arteria cerebral posterior en el contexto clínico del paciente y se recomienda completar estudios con IRM craneal. Aceptado inicialmente en hospital de referencia como código ictus, se anula tras recibir resultado del hemograma con hemoglobina (4,4 g/dl) por sospecha de etiología de bajo gasto. Se ingresa al paciente con diagnóstico de anemia microcítica severa a estudio para completar estudios y tratamiento con transfusiones de concentrados de hematíes y ferroterapia endovenosa. En RM: Ictus subagudo tardío occipital derecho en contexto de anemia severa. Paresia distal en mano dcha de probable origen periférico. Durante el ingreso en ecografía abdominal se aprecia masa vesical en suelo pared lateral izquierda de 7,5cm con hidronefrosis del riñón izquierdo confirmándose en TAC. El paciente niega clínica urológica asociada excepto leve hematuria en los últimos días, sin clínica irritativa ni molestias en fosa lumbar izquierda. Se filia el origen de la anemia, tras RTU vesical, estableciéndose el diagnóstico final de Carcinoma Urotelial Papilar de alto grado infiltrante, que afecta ampliamente a la capa muscular propia y se programa al paciente para cistectomía tipo Bricker Wallace.

Conclusiones:

Las claves para el éxito en la atención del ictus es la rapidez con la que se detectan los síntomas iniciales y se contacta con los sistemas de emergencias médicas, mediante la activación del llamado código ictus. Este caso es excepcional, ya que el ictus como primera manifestación de una neoplasia es infrecuente. Se hace una revisión de los mecanismos de la isquemia cerebral por bajo gasto. Destacar la idea de que, ante un ictus de etiología no filiada, se debe plantear la existencia de una neoplasia oculta.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1277

HEMIPLEJÍA EN EL PACIENTE ANCIANO

**A Asturias Saiz (1), JL Cepeda Blanco (2), A Casal Calvo (2),
A Aldama Martín (2), M Vieitez Santiago (3),
MA Hidalgo González (1), GE Rijo Nadal (1)**

(1) C.S. Dávila. Santander, (2) C.S. Camargo Costa. Camargo, Santander, (3) Medicina Interna Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras clave: hemiplejía, meningioma, anciano

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 80 años con antecedentes personales de síndrome de Sjögren primario, síndrome depresivo, síndrome del túnel carpiano bilateral, osteoartritis con cervicoartritis, artroplastia de ambas rodillas y prótesis total de cadera derecha. Acude a Urgencias por pérdida progresiva de fuerza muscular en hemicuerpo derecho hasta la hemiplejía y disartria de 36 horas de evolución. Refiere dificultad para la movilización de extremidades derechas desde hace 6 meses, que ha considerado secundaria a su patología artrósica, tolerando hasta hace 2 días la deambulación. Niega otra clínica acompañante. EF: CyOx3, GCS: 15, habla disártrica, leve paresia facial derecha. Hemiplejía derecha de 0-1/5 de predominio proximal en MSD y distal en MID, sin alteración sensitiva. RCP derecho indiferente, izquierdo flexor. Se realiza analítica sanguínea (sin hallazgos significativos) y TC cerebral, donde se visualiza LOE intracraneal extraaxial paramedial frontal izquierda dependiente de la hoz cerebral (¿meningioma?) con diámetros de 4,8x3,5 cm que capta contraste intensamente, edema de localización intraparenquimatoso adyacente a la lesión y compresión secundaria del ventrículo lateral izquierdo. La paciente ingresa para inicio de corticoterapia, realización de otras pruebas de imagen (RMN y angiografía cerebrales) y valoración de opciones quirúrgicas. Es intervenida mediante craniectomía frontal izquierda, realizándose exéresis de la LOE, que resulta ser un meningioma fibroblástico grado 2 de la OMS.

Conclusiones:

La hemiplejía se caracteriza por la pérdida de los movimientos voluntarios de uno de los lados del cuerpo, con cambios en el tono postural, siendo el resultado de la lesión de la neocorteza y de los ganglios basales contralaterales a los síntomas motores. La causa más frecuente de hemiplejía en el anciano es la enfermedad vascular cerebral (hemorragias derivadas de la hipertensión o de la degeneración de los vasos sanguíneos, trombosis o embolias). Traumatismos, tumores, LOEs cerebrales, enfermedades infecciosas y malformaciones son otras causas de orden decreciente.

A-1278

HEMORRAGIA CEREBRAL MASIVA EN LA ADOLESCENCIA

**JA Rivero Guerrero, E Caro Vázquez, ML Morales Cevidanes,
E Rosell Vergara, EM Fragero Blesa, J Cañero Criado**

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

Palabras clave: hemorragia, cerebral, adolescencia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente varón de 16 años que acude a urgencias hospitalarias traído por 061 por sospecha de cetoacidosis diabética (glucemia 320mg/dl en paciente sin DM conocida). La madre refiere haberlo encontrado en el suelo del domicilio inconsciente y cianótico. A la llegada del servicio de emergencias extrahospitalarias 061, paciente con Glasgow 3, decidiéndose en primera instancia administración de naloxona y anexate intravenoso sin obtener respuesta, por lo que se decide IOT sin incidencias. Al ingresar en cuarto de críticos, intubado y bien acoplado al respirador, con tendencia a la hipotensión y con pupilas mióticas arreactivas, con BMT 240mg/dl. AP: sin interés. Evolución: Se extrae analítica con tóxicos en sangre y orina. Se solicitan Rx tórax y TAC cráneo, evidenciándose hematoma intraaxial de 5'4x2'6cm a nivel de hemisferio cerebeloso izquierdo que ejerce efecto masa con drenaje parcial del mismo a tercer ventrículo, junto a astas frontales y occipitales de ambos ventrículos laterales. Hematoma subdural en mitad posterior de la hoz cerebral y rama izquierda del tentorio. Significativo edema cerebral difuso con borramiento de todos los surcos cerebrales y mala diferenciación entre sustancia gris y blanca en regiones más inferiores de lóbulos frontales y lóbulos temporales. Se aprecia un colapso completo de las cisternas perimesencefálicas y perituberanciales compatibles con signos de herniación transtentorial y tronco cerebral de apariencia hipodensa en relación con edema. Se asocia a hidrocefalia obstructiva con ventrículos laterales con astas de morfología redondeada y dilatación de astas temporales. Dado el TAC cráneo y que sin necesidad de sedación se mantiene con IOT, junto a midriasis arreactiva bilateral, sin reflejo corneal ni tusígeno, se diagnostica muerte encefálica.

Conclusiones:

La hemorragia cerebral aunque es poco frecuente en adolescencia, es una entidad de extrema gravedad que en alto porcentaje conlleva el fallecimiento.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1279

HEMOPTISIS TRAS FIBRINOLISIS EN ICTUS EN PACIENTE CON RECIENTE TRATAMIENTO CON TICAGRELOR

M Jiménez Parras, ML Morales Cevidanes, M Soler Núñez, J Gea Fernández, EM Fragero Blesa, E Rosell Vergara

UGC. Urgencias. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Palabras clave: hemoptisis, ticagrelor, fibrinólisis

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

CASO CLÍNICO: Varón 47 años, exfumador. Fiebre reumática, pericarditis aguda por bacteriemia. Cardiopatía isquémica (IAM no Q), enfermedad severa dos vasos DA y CX revascularizada con stent fármacoactivo y reestenosis de ambas coronarias, precisando bypass. Tratamiento: torasemida, AAS, atorvastatina, ramipril, bisoprolol, pantoprazol, diazepam y ticagrelor (suspendido días previos) y sustituido por ivabradina. Presenta a las 10h, tras salir del gimnasio, parálisis facial derecha, disartria y hemiplejía derecha sin pérdida del conocimiento, valorado por 061 activándose CÓDIGO ICTUS. Exploración: consciente, desviación óculocefálica derecha, disartria severa, hemianopsia izquierda por confrontación, paresia facial izquierda, hemiparálisis izquierda, hemiplejía izquierda, MSI descerebración al dolor y MII 1/5 tras estímulos dolorosos. RCP extensor izquierdo y hemihipoestesia izquierda. (NIHSS 18). AC: Tonos rítmicos sin soplos. TSA sin soplos. Pulsos distales simétricos. Complementarias: TAC CRANEAL infarto hiperagudo en territorio ACM derecha. Analítica de sangre destacamos Hb 10, Glucosa 113 y coagulación sin alteración. Rx tórax: cardiomegalia, signos de IC. EKG: RS, BCRDHH, Amputación R en precordiales, T altas y picudas V3-V4. Se inicia fibrinólisis con 7 mg en bolo (79Kg) y perfusión a los 5 minutos, comenzando con hemoptisis. Valorado por ORL que descarta sangrado VA superior, precisando broncoscopia e ingreso en UCI (hemoptisis autolimitada). Durante ingreso hospitalario se completa estudio AngioTAC-TSA: Oclusión completa carótida interna derecha, Cateterismo reestenosis severa de stent DA y CX, Ecocardiograma: Insuficiencia aórtica severa con disfunción sistólica moderada. Se decide recambio/reparación valvular aórtica tras estabilización del cuadro neurológico. Al alta leve mejoría motora del MII que le permite deambulación con apoyo, pero persiste plejía completa del MSI, con tratamiento con doble antiagregación previa a la cirugía cardíaca.

Conclusiones:

El tratamiento con antiagregantes plaquetarios es una contraindicación relativa para la fibrinólisis en el ictus isquémico por riesgo de sangrado por lo que se recomienda sopesar el riesgo/ beneficio en pacientes con propensión a las hemorragias, así como de la suspensión del fármaco los 7 días previos a la cirugía electiva.

A-1280

CUADRO FEBRIL DE ORIGEN NO INFECCIOSO

P Olmedo Carrillo, L Pancorbo Fernández, M Cárdenas Antón, A Perea Fernández

Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén

Palabras clave: fiebre, deterioro neurológico, tóxicos

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 45 años con antecedentes de hepatitis C en estadio inicial, historia antigua de consumo de tóxicos en la adolescencia pero no en la actualidad, que acude al servicio de Urgencias con un glasgow 9-10/15, agitación y cuadro febril de 39.5°. Durante su estancia en área de Observación se realizan pruebas complementarias orientadas sobre todo, a descartar la posible relación del cuadro febril con una posible patología meningoencefálica. TAC craneal informado como normal, analítica con leucocitosis y neutrofilia moderada y proteína C reactiva de 50 mg/dl. Se realiza punción lumbar obteniendo líquido cefalorraquídeo con celularidad normal y en el despistaje de tóxicos en orina, positivo a fenciclidina (polvo de ángel).

Conclusiones:

Ante un cuadro de deterioro neurológico con síndrome febril no debemos obviar que éste sea un secundarismo del consumo de tóxicos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1281

UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE PANCREATITIS

M Yakoubi Badah, JM Krivocheya Montero, C Cañada Espinosa, A Colera López, K Ghazi El Hammouti, N Abdeslam Mohamed

Urgencias. Hospital Comarcal de Melilla

Palabras clave: metronidazol, pancreatitis, rectorragia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente varón de 18 años que acude al SUHC porque en el último mes refiere dolor en cinturón en hemiabdomen superior que se exacerba con las comidas, diario, que le impide el descanso nocturno con hasta 15 deposiciones diarias, con sangre y pus, para la cual se le puso tratamiento por metronidazol por una infección intestinal en Marruecos **EXPLORACIÓN FÍSICA:** Buen estado general, bien hidratado y perfundido. Constantes: TA: 128/62 FC: 123 lpm Temperatura: 36.8 Abdomen: Blando y depresible, doloroso a la palpación de forma generalizada, no defensa, peristalsis conservada, no masas ni megalias. Murphy y Blumberg dudosos. Tacto rectal: dedil limpio, no se aprecia patología perianal. Esfínter normotónico. **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:** Analítica: Bioquímica: Amilasa 602, lipasa 1102. Hemograma: leucocitos 13810 sin alteraciones de la fórmula leucocitaria Coagulación: Normal Gasometría Venosa: pH 7.28, pCO₂ 60, Bicarbonato 28.2, CO₂ total, exceso de bases 0.3 ECG: taquicardia sinusal Radiografía toracoabdominal: no se evidencian derrames pleurales ni otras imágenes patológicas. Ecografía de abdomen: Estudio sin hallazgos patológicos significativos. **EVOLUCIÓN:** Se ingresa al paciente a cargo del servicio de digestivo en tratamiento con dieta absoluta, analgésicos, hidratación intravenosa protección gástrica y antieméticos. Durante su estancia en planta se realizan las siguientes pruebas complementarias TC ABDOMINO-PELVICO CON CONTRASTE: Páncreas edematoso ligeramente aumentado de tamaño con dilatación del conducto pancreático principal en unión de cabeza y cuerpo y porción medial del cuerpo pancreático. Los hallazgos sugieren pancreatitis aguda leve-moderada. Coprocultivo: positivo para Giardia Lamblia ya tratada con Metronidazol Colonoscopia con ligera inflamación a nivel intestinal Se apuesta por suspender el tratamiento con Metronidazol, disminuyendo de forma progresiva las cifras de amilasa y lipasa y se le da el alta por buena evolución radiológica y analítica **DIAGNÓSTICO:** Pancreatitis por Metronidazol **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se debe plantear el diagnóstico diferencial en Urgencias con la úlcera péptica, coledocolitiasis o colangitis, colecistitis, perforación de víscera hueca, obstrucción intestinal, isquemia mesentérica, hepatitis.

Conclusiones:

Escogemos este caso por que no existen muchos casos descritos en la literatura médica de pancreatitis por Metronidazol (unos 40-50 casos) con un mecanismo de producción desconocido en la actualidad.

A-1282

ISQUEMIA RENAL COMO CAUSA DE DOLOR LUMBAR RESISTENTE A TRATAMIENTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

M^{ra} L Morales Cevidanes, M Jiménez Parras, M Soler Núñez, J Amores Fernández, E Rosell Vergara, E Caro Vázquez

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Palabras clave: isquemia renal, dolor lumbar, cólico renal

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: La isquemia renal aguda es una entidad poco frecuente, con manifestaciones clínicas inespecíficas y superponibles a otras patologías de mayor prevalencia. Es necesario tener un alto grado de sospecha clínica para poder llegar a su diagnóstico. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 38 años sin AP. de interés que acude al servicio de urgencias por cuadro de dolor en fosa renal izquierda de características cólicas desde hacía unas dos semanas, que en los últimos días se había hecho resistente al tratamiento analgésico. A la exploración física el paciente se encontraba estable, afebril, afectado por el dolor con abdomen blando, depresible, sin peritonismo, doloroso a la palpación en flanco izquierdo y PPR izquierda positiva. El hemograma, la bioquímica, la coagulación y el sedimento de orina fueron normales así como la ecografía y radiografía simple abdomen. Ante la persistencia del dolor tras analgesia iv. se realizó TAC-Abdomen en urgencias, detectándose lesiones isquémicas en riñón izquierdo. El paciente fue ingresado en Servicio de Urología donde se solicitó un Angio-TAC confirmándose infarto renal por obstrucción de la arteria lobar izquierda. Se inició tratamiento anticoagulante y estudio de hipercoagulabilidad que resultaron ser todas ellas negativas. El paciente evolucionó de forma favorable siendo dado de alta a los diez días del ingreso.

Conclusiones:

DISCUSIÓN: El infarto renal es una patología que debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de los dolores lumbares. La embolia de la arteria renal constituye la causa más frecuente de dicha patología. Es más habitual en pacientes con factores de riesgo cardiovascular (fibrilación auricular), pero puede aparecer en pacientes sin riesgo embolígeno en una tercera parte de los casos. La TAC es el método diagnóstico no invasivo de elección. La arteriografía es la prueba gold standard, con una sensibilidad cercana al 100%. El tratamiento de elección es la fibrinólisis local con catéter intraarterial, siempre y cuando el trombo sea accesible y la evolución del infarto menor de 12 horas. La anticoagulación sistémica se utiliza en los casos en los que no se pueden utilizar fibrinólisis. La cirugía ha quedado prácticamente en desuso.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1284

PATOLOGÍA DE LA GLÁNDULA SUPRARRENAL, UN MOTIVO DE CONSULTA DE DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS

C Piedra Rodrigo (1), IM Sánchez Pérez (2), A Ortiz Manzano (3), IM Martín Esteve (3), MF Albarracín Vilchez (3), JM García Torrecillas (3)

(1) Hospital Torrecárdenas, (2) SUE Lorca. Gerencia 061, (3) Hospital Torrecárdenas. Almería

Palabras clave: dolor abdominal, glándula suprarrenal, quiste suprarrenal

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 37 años sin antecedentes que acude a urgencias por dolor abdominal desde hace 4 días en hipocondrio derecho irradiado hacia espalda y zona lumbar derecha que lo define como dolor sordo continuo, moderada intensidad que se modifica con los movimientos, no vómitos, no fiebre, no síndrome miccional, no alteración del hábito intestinal, Niega traumatismo previo, ha estado en tratamiento con omeprazol y metamizol sin mejoría. EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración física presenta: abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias doloroso a la palpación en hipocondrio derecho y flanco derecho, sin irritación peritoneal, murphy negativo, blumberg negativo, puño-percusión renal derecha dudosa, en analítica destaca leucocitosis 12,000 con 80% de neutrófilos y PCR 6, orina con leucocitos 75 y hemátías 60, sedimento: 1-5 hemátías/campo, 1-5 leucocitos/campo, radiografía abdomen sin hallazgos de interés, dada la persistencia del dolor a pesar de analgesia intravenosa se solicita ecografía abdominal donde se observa colección/lesión quística compleja con contenido ecogénico, tabiques y centro hiperecogénico sin demostrar señal doppler en su interior, a nivel de la glándula suprarrenal derecha, los hallazgos sugieren necrosis, sangrado y/o absceso en suprarrenal derecha. La posibilidad de lesión subyacente no es descartada, resto de estudio sin hallazgos. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Cólico renal derecho, cólico biliar complicado, lumbalgia DIAGNÓSTICO FINAL: Sangrado de lesión quística suprarrenal derecha EVOLUCIÓN: La paciente permaneció en observación hospitalaria y se completo estudio con tomografía axial computarizada en la que describe una masa quística suprarrenal con calcificaciones periféricas, sugestiva de quiste endotelial lo que junto con las imágenes ecográficas y la clínica de dolor representa sangrado intraquístico, por lo que se programo para suprenalectomía derecha.

Conclusiones:

Los quistes suprarrenales son una entidad infrecuente, la mayoría cursan asintomáticos y se descubren de forma incidental, pero pueden provocar síntomas cuando sufre complicaciones como sangrado, absceso y/o necrosis, el diagnóstico se realiza con tomografía axial computarizada, es una entidad que los médicos de urgencias debemos tener presente en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal.

A-1285

LO QUE EL PESCADO ESCONDE

A López Alonso, B Pérez Deago, R Rodríguez Herrero, M Solís López, E Prado Fernández, M Fernández Vázquez

Hospital de Cabueñes. Gijón

Palabras clave: intestinal perforation, foreign, body, abdominal pain

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 92 años con deterioro cognitivo y enfermedad de Parkinson. Acude por dolor abdominal de 24 horas de evolución sin otra clínica acompañante. Exploración: regular estado general. Abdomen: globuloso, dolor generalizado acentuado en hemiabdomen izquierdo con defensa periumbilical. Pruebas Complementarias, destacan leucocitosis 16420 (N 71.4%) PCR 126.9, resto sin hallazgos significativos. Ante la exploración, los resultados analíticos y la pobre respuesta a la analgesia pautada se solicita valoración por cirugía general quien solicita TAC abdominal. TAC: presencia de cuerpo extraño lineal y denso (espina de pescado) que atraviesa asa de yeyuno con absceso en meso adyacente. El paciente es intervenido de urgencia presentando mala evolución clínico-analítica, siendo finalmente éxitus.

Conclusiones:

La ingestión de cuerpos extraños es habitual, <1% de los casos de ingesta de espina de pescado llega a perforarse. Estas, ocurren con mayor frecuencia en localizaciones como ileon distal, válvula ileocecal, angulo de Treitz... Las poblaciones con mayor riesgo son: enfermos mentales, alcohólicos, ancianos, pacientes con dificultad para la formación de bolo... El cuadro clínico es inespecífico y puede ir desde cuadros asintomáticos a cuadros de fiebre, dolor abdominal... El TAC es la prueba de imagen de elección permitiendo identificar el sitio y la causa de la perforación teniendo la ecografía un papel limitado. En general su pronóstico es malo con complicaciones frecuentes y una alta mortalidad. Los paciente ancianos, bien por deterioro cognitivo, mala dentición, disminución de la agudeza visual, etc., son un grupo con mayor riesgo para ingerir cuerpos extraños. Además los problemas de comunicación, la inespecificidad de la clínica que presentan estas patologías y su infrecuencia, hacen casi imposible su diagnóstico sin pruebas de imagen por lo que en un alto porcentaje de los casos deberemos hacer uso de ellas, llegando en ocasiones a diagnósticos totalmente inesperados.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1286

VÓLVULO DE CIEGO

V Álvarez Fernández, S García Santisteban, I de la Cruz Couto,
B Cáceres Murillo, E Sáez Barrasa, P Blanco Lapeña

Hospital Universitario de Álava

Palabras clave: vólvulo intestinal, dolor abdominal, obstrucción intestinal

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 88 años que acude a Urgencias por dolor abdominal difuso de 6 horas de evolución. Última deposición de características normales hace 2 días. Afebril. Sin náuseas ni vómitos. Antecedentes personales: HTA. Dislipemia. IAM inferior en 2009. FA paroxística. EPOC. En tratamiento con sintrom, adiro, aldactone, crestor, seretide, spiriva. Exploración física: Palidez de piel y mucosas. Afectado por dolor. TA 176/78 T° 36° FC 65lpm FR 20 Sat O2 90% aa AC: arrítmica, sin soplos. AP: hipofonosis global. Abdomen distendido, timpánico, doloroso a palpación de manera difusa con signos de irritación peritoneal. Peristaltismo disminuido. PPRB negativa. EELL: no edemas. Pruebas complementarias: Analítica: PCR 22 leucocitos 18700 neutrófilos 10600 INR 1.46. Resto normal. Rx abdomen supino: imagen de dilatación de asas intestinales sugestivo de vólvulo. TC abdomino-pélvica: ciego dilatado hasta 9.5 cm de localización ectópica en epigastrio con signo del pico de pájaro y signo del remolino con leve distensión de asas de íleon distal de hasta 3 cm. Hallazgos sugestivos de vólvulo de ciego. Evolución: permanece hemodinámicamente estable con dolor intenso parcialmente controlado con opiáceos. Ante hallazgo de vólvulo se avisa a endoscopista. No se consigue desvolvulación endoscópica por lo que es necesaria realización de hemicolectomía derecha urgente. Diagnóstico: vólvulo de ciego. Diagnóstico diferencial: obstrucción intestinal, perforación.

Conclusiones:

Ante todo paciente con dolor abdominal agudo plantearse amplio diagnóstico diferencial priorizando descartar causas de riesgo vital (isquemia mesentérica aguda, aneurisma aorta abdominal, perforación viscera hueca, vólvulo, obstrucción intestinal...). El vólvulo de ciego es una condición clínica infrecuente y causa inusual de obstrucción intestinal. La clínica es más o menos aguda con tríada típica de dolor abdominal, distensión y constipación. En la analítica hay leucocitosis con o sin desviación izquierda. En la radiografía abdominal se aprecia distensión del ciego pudiendo observarse a veces la imagen en grano de café. La TC abdominal suele ser muy específica. El tratamiento puede ser conservador (desvolvulación con colonoscopia) con una tasa de recidiva del 30-50% o tratamiento quirúrgico definitivo (hemicolectomía derecha). Tener en cuenta el vólvulo cecal ante dolor abdominal agudo ya que presenta una mortalidad del 10-15%.

A-1287

DOLOR LUMBAR Y ABDOMINAL PERSISTENTE E INVALIDANTE Y CÁNCER DE COLON

L Gómez Rodríguez (1), A Pérez Ruiz (2), G Ocete Burgos (3)

(1) Hospital Regional Universitario de Málaga, (2) Hospital Comarcal La Axarquía. Velez Málaga, (3) Hospital Regional Universitario de Málaga

Palabras clave: low back pain, abdominal pain, colonic neoplasms

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Mujer de 48 años sin antecedentes personales ni familiares de interés, que comienza hace 4 meses con dolor lumbar derecho no mecánico que se irradia a cadera y abdomen. Valorada en urgencias en varias ocasiones con diagnósticos de lumbalgia, cólico renoureteral e infección del tracto urinario. Consulta de nuevo por dolor persistente, muy limitante y que precisa analgésicos y antiinflamatorios cada 2 horas. Añade dolor abdominal punzante en flanco derecho con heces sanguinolentas intermitentes. Exploración física: a nivel abdominal se palpa masa paraumbilical derecha dolorosa. Además dolor a la palpación paravertebral y lumbar derechas. Pruebas complementarias: En hemograma destaca anemia e hipertransaminasemia con patrón de colestasis. En ecografía se aprecian múltiples lesiones ocupantes de espacio hepáticas sugestivas de metástasis. Juicio clínico: Probable neoplasia de colon con metástasis hepáticas. Evolución: la paciente ingresa en medicina interna para estudio y control del dolor. Se realiza TAC tórax-abdomen: conglomerado adenopático supraclavicular izquierda. Múltiples metástasis hepáticas y adenopatías retroperitoneales. Biopsia hepática: carcinoma indiferenciado. Colonoscopia: adenocarcinoma de colon ulcerado. Mutación KRAS positivo. Durante su ingreso se inicia tratamiento con quimioterapia, siendo dada de alta para continuar con tratamiento ambulatorio. Discusión: En varones el cáncer de colon es el tercero en frecuencia, detrás del cáncer de pulmón y próstata. En las mujeres ocupa el segundo lugar, detrás del de mama. La mayoría de los casos se diagnostican entre los 65 y los 75 años, aunque se registran casos desde los 35-40 años. Los casos que aparecen a edades tempranas suelen tener una predisposición genética. Entre sus síntomas destacan: sangre en heces, anemia, cambio del hábito intestinal, dolor abdominal, tenesmo rectal, cansancio y pérdida de peso. El cribado de cáncer de colon se realiza en población de riesgo medio (hombres y mujeres entre 50 y 69 años en los que no existen antecedentes familiares) mediante el test de sangre oculta en heces.

Conclusiones:

En nuestro caso, la paciente debutó con dolor osteomuscular persistente, progresivo e invalidante no siendo, ni caso prevalente, ni de riesgo, ni con los síntomas típicos. Por ello es importante recordar la importancia de una buena anamnesis y una exploración exhaustiva, herramientas que en urgencias, son la base para el inicio de la sospecha diagnóstica de numerosas patologías.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1288

CETOACIDOSIS POR UNA CAUSA INFRECIENTE. A PROPÓSITO DE UNA CASO

A Krivocheya Montero, JM Krivocheya Montero, MM Pardo Rodríguez,
M Yakoubi Badah, DJ Palao Serrano, V Valverde López

Hospital Comarcal de Melilla

Palabras clave: diabetes LADA, cetoacidosis, uricosúricos

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente mujer de 82 años de edad que acude al SUHC por presenta cuadro de hiperglucemia (HI mediante DTT). Entre sus antecedentes personales destacan DM tipo 2 con múltiples descompensaciones, hipertensión arterial, hipercolesterolemia e hipotiroidismo. Tratamiento: Xigduo, Levemir, Repaglinida, Eutirox, Simvastatina, Adiro, Captopril, Manidon y Adalat. EXPLORACIÓN FÍSICA: Buen estado general, consciente y orientada, hemodinamicamente estable y afebril, con buena hidratación de mucosas. No feto cetósico Neurologico: No signos de focalidad neurologica Auscultación cardiorrespiratoria: MVC sin ruidos asociados, tonos ritmicos sin soplos cardiacos, no respiración de Kussmaul Abdomen blando, depresible, no doloroso. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS Analítica general Bioquímica: Glucemia 543, sodio 135, cloro 87, potasio 3,5, osmolaridad 316, proteínas totales 6,4, bilirrubina 1,8, PCR 1,2 Gasometría venosa: pH 7,20, bicarbonato 14,9, CO2 total 16,1, exceso de bases -12,4 Orina: Glucosa (4+), cuerpos cetónicos (4+) Hemograma: sin alteraciones significativas EVOLUCIÓN: La paciente pasa a observación de Urgencias y posteriormente es ingresada en Medicina Interna a cargo de Endocrinología para corrección de su cetoacidosis diabética. En su estancia se le solicita autoinmunidad encontrandonos de forma sorpresiva positividad de los anticuerpos anti-GAD, por lo que ya no estamos ante una Diabetes tipo 2 si no una Diabetes LADA, y por lo tanto los uricosúricos pueden producir cetoacidosis en este tipo de pacientes. DIAGNÓSTICO: Cetoacidosis diabética por uricosúricos. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Cetoacidosis alcohólica. Acidosis por anion GAP aumentado: acidosis láctica inducida por Metformina, Aspirina o toxicidad por acetaminofeno, toxicidad por metanol, etilenglicol y propilenglicol, acidosis D-láctica, enfermedad renal crónica avanzada. Encefalopatía metabólica.

Conclusiones:

Se ha escogido este caso, porque en una mujer de esta edad, lo más lógico es pensar en una diabetes tipo 2, sin embargo, nuestra mujer después de haber sido catalogada como diabética tipo 2, al cabo de unos años descubrimos que por la autoinmunidad es una diabetes LADA y que los uricosúricos son un factor desencadenante de cetoacidosis en estos pacientes.

P-1289

MANEJO DEL ESTADO HIPERGLUCÉMICO HIPEROSMOLAR NO CETÓSICO Y EL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

J Rey García, E Herráez Sánchez, I Gallego Mínguez

Universidad Autónoma de Madrid. Hospital Universitario La Paz.
Madrid

Palabras clave: estado hiperglucémico hiperosmolar, accidente cerebrovascular agudo, diabetes mellitus

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 84 años encontrado en su domicilio con disminución del nivel de conciencia, asintomático doce horas antes. Presentó crisis tónico-clónica generalizada, que cedió administrando diazepam. A su llegada a Urgencias presenta TA 230/90 mmHg, Glasgow 3/15, pupilas arreactivas y úlcera por decúbito en rodilla izquierda. Se realiza TC craneal objetivándose hemorragia subaracnoidea y subdural bilateral y foco contusivo frontobasal derecho, además de EHH [Glucosa 799mg/dL, sodio 138,7mmol/L, potasio 5,8mmol/L, osmolaridad medida 356mOsm/kg, gap osmolal 21 mOsm/kg, pH 7,17, PCO2 84,3 mmHg, pO2 17,1, HCO3 30,5mmol/L]. A las 24 horas presenta crisis hipertensiva. Se realiza nuevo TC que objetiva infarto cerebral en territorio de la ACM izquierda. Introducción: Los pacientes con accidentes cerebrovasculares agudos (ACVA) pueden presentar otras condiciones potencialmente graves, por lo que la evaluación inicial requiere una búsqueda rápida y amplia de todas las posibilidades diagnósticas. El estado hiperglucémico hiperosmolar (EHH) es una complicación del paciente diabético que asocia altas tasas de mortalidad y mayor riesgo de ACVA. Cuando se presentan ambas entidades, el control de la tensión arterial, la hiperglucemia y el balance hidroelectrolítico son clave en el manejo. OBJETIVO: Revisar la relación causal y etiopatogénica, así como el manejo óptimo en Urgencias del ACVA y el EHH. MÉTODOS: Se realizó una búsqueda bibliográfica cruzando los términos: ACVA y EHH en el buscador PUBMED. Se incluyeron publicaciones en español e inglés entre 1987-2016. Se presenta un caso clínico a propósito de dicha revisión. DISCUSIÓN: El tratamiento del EHH requiere la corrección hidroelectrolítica y de la hiperglucemia. La necesidad de fluidoterapia se contraponen al efecto deletéreo del exceso de volumen en el ACVA y las crisis hipertensivas, así como riesgo de edema cerebral. Varias líneas de evidencia han demostrado que la hiperglucemia aumenta el daño cerebral por incremento de acidosis y permeabilidad de la barrera hematoencefálica, así como generación de radicales libres. Por último, los pacientes que han presentado EHH tienen mayor riesgo de presentar ACVA.

Conclusiones:

El control de la tensión arterial, la hiperglucemia y el balance hidroelectrolítico resulta indispensable en pacientes con ACVA y EHH. No hay evidencia suficiente sobre el manejo terapéutico de estas entidades presentadas de manera concomitante.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1297

CUANDO LA SUEROTERAPIA ES VITAL

MR López Díaz, AM Cordovilla Moreno, V Madrid Ferreiro, F Sánchez Salmerón, S Martínez Saldumbide, EM Guirado Granados, M Sánchez García

Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena. Cartagena, Murcia

Palabras clave: ketosi, pneumonia, infusion pumps

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: A propósito de un caso con diagnóstico de neumonía vírica y cetoacidosis diabética **OBJETIVOS** Presentar la indicación de sueroterapia en bomba de infusión continua en casos de cetoacidosis diabética. **MATERIAL/PACIENTE Y MÉTODOS:** Mujer de 19 años con antecedentes personales de dml HTA poliquistosis renal con función renal normal. Acude a urgencias por malestar general y fiebre. En urgencias se objetiva cetoacidosis diabética y gripe B positivo con neumonía parahiliar izquierda. Presenta una gasometría inicial: ph 7.26, HCO₃ 14, SABEc-8. Tras tratamiento inicial (insulina,..y sueroterapia 1500) presenta gasometría: ph 7.34, hco₃ 19,SBEC -3. Indicamos continuar el tratamiento, incluida sueroterapia. En un control realizado a las 8 horas la paciente presenta ph 7.28 hco₃ 14 y SBEC -6 con empeoramiento del estado general. Nos informan, al comprobar el tratamiento que no se ha cumplido la sueroterapia indicada. La paciente durante las últimas 8 horas no ha llegado a completar 500 cc sf. Volvemos a ajustar tratamiento indicando que la sueroterapia se suministre mediante bomba de infusión continua. Esperamos que si volvemos a tener problemas con la vía, la bomba nos avise y podamos solucionarlo. **RESULTADOS:** Tras 6 horas en urgencias y cumpliendo sueroterapia presenta gasometría dentro de la normalidad salvo hco₃ 19.5. En siguientes 12 horas buena evolución con gasometría normal y queda ingresada en planta.

Conclusiones:

En casos de cetoacidosis diabética, en los que la sueroterapia es fundamental para la buena evolución del paciente, consideramos que puede estar indicada mediante bomba de infusión continua. En urgencias hospitalarias de forma inicial el paciente es monitorizado y controlado tanto por personal medico como enfermería. Tras mejoría inicial en ocasiones no se observa de forma adecuada la sueroterapia indicada. Si la pautamos con bomba en infusión continua hasta finalizar tratamiento y estabilización del paciente podemos evitar complicaciones. Se puede considerar la sueroterapia con bomba de infusión continua en aquellos casos de pacientes críticos en los que un buen cumplimiento del tratamiento es vital para la evolución del paciente (cetoacidosis diabética, sepsis..)

P-1300

GASTROENTERITIS HACIA UNA SEPSIS

A Arias Rosario (1), S Escudero Álvarez (2), A Moronta de la Cruz (3), V Báez Pimentel (3), A Romero García (4), S Méndez Desena (5), D Rosario Lapaix (6)

(1) CS Condesa, (2) CAULE, (3) Centro de Salud San Andrés del Rabanedo, (4) Centro de Salud Condesa, (5) Centro de salud San Andrés del Rabanedo, (6) Centro de Salud Trabajo del Camino. León

Palabras clave: digestivo, sepsis, renal

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: La sepsis es la causa principal de muerte por infección, especialmente si no se reconoce y trata a tiempo. La disfunción orgánica inducida por sepsis puede ser oculta, por lo tanto su presencia debe ser considerada en cualquier paciente que presente la infección. El fenotipo clínico y biológico de la puede ser modificado por preexistentes enfermedad aguda, Actualmente existen nuevos criterios de diagnosticar respiratorio, coagulación, Hepático, Cardiovascular, SNC, Renal. **OBJETIVO:** Presentar un caso atendido en el servicio de urgencias aparentemente como una GEA, que evoluciona a una Sepsis bacteriemia por salmonella/ Fallo renal agudo. Analizando la clínica, pruebas complementarias y el manejo inicial así como su evolución posterior y respuesta al tratamiento. **METODOLOGÍA:** Mujer de 78 años No AMC, HTA, DL, Obesidad, Polimialgia Reumática, Diverticulosis, IQ: Colectectomizada, prótesis de cadera D. Acude al servicio de urgencias por dolor abdominal difuso tipo retortijón, vómitos y diarrea de coloración verdosa sin contenidos patológicos, con sensación distérmica. Se evalúa, se realizan pruebas complementarias y ciertas alteraciones analíticas aunque tenía un buen estado la paciente se decide dejarla en observación diagnosticada con gastroenteritis, pasando unas cuantas horas en observación avisan por empeoramiento de la paciente se le realizan nuevas analíticas donde se objetivan alteraciones significativas. En la exploración física TA: 85/55, FC: 94 T°: 38,5°C, mucosa oral seca. Abdomen: globoso, depresible doloroso a la palpación profunda difuso. Hemograma: leucos: 14,300, N: 88%, L:6,6, Hb: 14,6, Pla: 123,000, BQ: Glucosa: 235, Urea: 63, Cr: 1.07, Na: 134, K: 3,8, PCR: 24. BQ a las 24 h: Glucosa: 430, Urea: 74, Cr: 2,10, FG: 30, NA: 130, K: 3.5, PCR: 92, Procalcitonina: 6.51, GSA: normales, Hemocultivo: positivo para Salmonella Typhimurium Blee, Coprocultivo: Salmonella Typhimurium, Rx Abdomen: abundantes gas, observándose algún asa de delgado. **RESULTADOS:** La paciente fue tratada inicialmente con sueroterapia intensiva, Piperacilina, tazobactam y posteriormente tras resultados microbiológicos se cambió a Ciprofloxacino, incremento de las dosis de corticoides con buena evolución.

Conclusiones:

1. Tener en cuenta de iniciar el tratamiento correcto ante un paciente con sospecha de sepsis, estabilización hemodinámica para así evitar complicaciones. 2. Es imprescindible considerar que ante un cuadro de GEA puede desencadenar a sepsis hasta llegar a la muerte.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1305

SEPSIS POR *CLOSTRIDIUM PERFRINGENS*. ANEMIA HEMOLÍTICA

E Cestafe Aja, L Oroz García, O Vechionacci López,
H Ordiz Suárez, R Benito Martínez, JF Rodríguez García (4)

Fundacion Hospital de Calahorra. Logroño, La Rioja

Palabras clave: hemolisis, hematuria, sepsis

Ámbito del caso:

La anemia hemolítica es un trastorno en el cual los eritrocitos se destruyen más rápido de lo que la médula ósea puede producirlos. Existen dos tipos de anemia hemolítica, intravascular y extravascular, en esta ultima los hematíes de morfología normal.

Historia clínica:

Se presenta el caso de un paciente, varón, de 84 años, EPOC, que acude a urgencias con vómitos en posos de café. Durante su estancia en urgencias, presenta pico febril, hematuria franca y cuadro compatible con shock séptico, con datos analíticos sugestivos de anemia hemolítica extravascular, sin objetivarse el origen de la sepsis. En la evolución clínica se estabiliza hemodinámicamente y se inicia antibioterapia profiláctica buscando la causa de la hemolisis. Se practica topografía axial computarizada (TAC) abdominopélvica, donde se objetiva colección intraperitoneal de 1 centímetro, sospechosa de absceso intrahepático. En nuestro caso el paciente es derivado con la aproximación diagnóstica de HDA, posteriormente se diagnóstico de anemia hemolítica extravascular secundaria a sepsis grave. Se traslada a los servicios de hospital terciario de referencia, donde finalmente se filió como causa de la sepsis un absceso hepático por *Clostridium P.*, con evolución a fallo multiorgánico, con fracaso renal agudo que requirió hemodiálisis.

Conclusiones:

Importancia de la detección precoz de una anemia hemolítica en urgencias, dadas las complicaciones graves derivadas de una sepsis y el fallo multiorgánico originado. Por nuestra parte interesa llegar a una aproximación diagnóstica precoz para llevar a cabo una actitud terapéutica correcta.

P-1318

ANEMIA HEMOLÍTICA. SEPSIS POR *CLOSTRIDIUM PERFRINGENS*

E Cestafe Aja, L Oroz García, O Vechionacci López,
R Benito Martínez, H Ordiz Suárez, JF Rodríguez García

Fundacion Hospital de Calahorra. Logroño, La Rioja

Palabras clave: hemolisis, hematuria, sepsis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN. La anemia hemolítica es un trastorno en el cual los eritrocitos se destruyen más rápido de lo que la médula ósea puede producirlos. Existen dos tipos de anemia hemolítica, intravascular y extravascular, en esta ultima los hematíes de morfología normal, son destruidos por una infección o por fármacos, en el torrente sanguíneo. **OBJETIVO.** El objetivo del presente trabajo es, valorar la posible causa desencadenante de anemia hemolítica extravascular y fracaso multiorgánico, así como objetivar la gravedad de la misma en el servicio de urgencias de un hospital comarcal. **METODOLOGÍA** Se presenta el caso de un paciente, varón, de 84 años, EPOC, que acude a urgencias con vómitos en posos de café. Durante su estancia en urgencias, presenta pico febril, hematuria franca y cuadro compatible con shock séptico, con datos analíticos sugestivos de anemia hemolítica extravascular, sin objetivarse el origen de la sepsis. En la evolución clínica se estabiliza hemodinámicamente y se inicia antibioterapia profiláctica buscando la causa de la hemolisis. Se practica topografía axial computarizada (TAC) abdominopélvica, donde se objetiva colección intraperitoneal de 1 centímetro, sospechosa de absceso intrahepático. **RESULTADOS** En nuestro caso el paciente es derivado con la aproximación diagnóstica de HDA, posteriormente se diagnóstico de anemia hemolítica extravascular secundaria a sepsis grave. Se traslada a los servicios de hospital terciario de referencia, donde finalmente se filió como causa de la sepsis un absceso hepático por *Clostridium P.*, con evolución a fallo multiorgánico, con fracaso renal agudo que requirió hemodiálisis.

Conclusiones:

Importancia de la detección precoz de una anemia hemolítica en urgencias, dadas las complicaciones graves derivadas de una sepsis y el fallo multiorgánico originado. Por nuestra parte interesa llegar a una aproximación diagnóstica precoz para llevar a cabo una actitud terapéutica correcta.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1326

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UN GUILLAIN-BARRÉ

P Lupiáñez Seoane, M González López, A Santamaria Marín, C Monroy Gómez, R Rodríguez-Bobada Aguirre, D López Navarro
Hospital General Universitario de Ciudad Real

Palabras clave: Guillain-Barré, parálisis facial, inmunoglobulinas

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer 38 años sin antecedentes de interés que acudió a urgencias por presentar dificultad para la oclusión de los párpados, cierre bucal completo y pronunciar algunos fonemas, de varias horas de evolución. Refería que además llevaba una semana con debilidad en ambas piernas, adormecimiento de la lengua, disfagia y pérdida del sentido del gusto. En la exploración física destacaba paresia facial bilateral de predominio derecho con imposibilidad para el cierre palpebral, hinchar los carrillos y disminución de los reflejos osteotendinosos, sin otra focalidad. En la analítica no se objetivaron alteraciones. Se realizó TAC craneal urgente que fue normal y punción lumbar. El análisis del líquido cefalorraquídeo mostró una disociación albumino citológica (leucocitos 3/mm³, glucosa 59mg/dl, proteínas totales 58mg/dl). Ante la sospecha de un síndrome de Guillain-Barré se interconsultó con neurólogo de guardia que inició tratamiento con inmunoglobulinas e ingresó a la paciente. Se realizó estudio neurofisiológico que mostró ausencia del reflejo de Hoffman bilateral, ausencia del Blink-reflex bilateral, presencia de onda A en miembros inferiores con ausencia de onda F a esos niveles y serología viral, en la que destacó Epstein Barr IgM positivo. La evolución clínica fue favorable, siendo dada de alta a los 13 días del ingreso.

Conclusiones:

El síndrome de Guillain-Barré es una de las urgencias neurológicas más frecuentes, constituyendo una de las causas principales de parálisis neuromuscular aguda. Se origina por una reacción inmunológica aberrante contra antígenos presentes en la mielina del nervio o en la membrana del axón. Cursa con un cuadro de tetraparesia flácida y arreflexia con escasos síntomas sensitivos. Son típicas las parestesias en manos y pies, comenzando de forma distal, ascendiendo de manera progresiva hasta la afectación completa del cuerpo. La parálisis facial bilateral es infrecuente. El propósito de nuestro caso es dar a conocer formas de presentación atípicas y resaltar la importancia de realizar un diagnóstico precoz así como de la aplicación de inmunoglobulina humana de manera temprana, ya que acorta en torno a un 40-50% el comienzo de la recuperación evitando complicaciones importantes como fallo cardíaco respiratorio y arritmias cardíacas. Su variabilidad en la expresión clínica puede representar un reto para el diagnóstico.

P-1329

ACIDOSIS METABÓLICA LÁCTICA Y FRACASO RENAL AGUDO, ¿EVITABLE EN DIABETES MELLITUS?

I Gabantxo Laka (1), J Iza de Pablo (2), A Alday Beraza (1), A Gutiérrez Gómez (1), A Muñecas Cuesta (1), E Naberan Oñarte-Etxebarria (1), I Viadero Ipenza (1)

(1) Hospital de Gernika, (2) Hospital de Gernika. Gernika, Lumo, Bizkaia

Palabras clave: acidosis láctica, metformina, fracaso renal agudo

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: Es muy habitual utilizar la metformina como primer escalón del tratamiento de la diabetes mellitus, pero ante cualquier situación que predisponga a hipoxia tisular se debe suspender dado que podría conllevar a acidosis láctica. **OBJETIVO:** Reconocer pacientes susceptibles de empeoramiento de función renal ante cualquier evento que predisponga a hipoxia tisular. **METODOLOGÍA:** Se realiza revisión bibliográfica utilizando textos de medicina basada en la evidencia, guías de práctica clínica y artículos originales. **PACIENTE:** Mujer de 72 años, DM tipo II, HTA y retinopatía diabética leve no proliferativa en tratamiento con Metformina 850 mg (1-1-1), Glibenclámda 5 mg (1-1-1), Enalapril/HCTZ 20/12.5 (1-0-0), Creatinina basal 0.85 mg/dl. Hb A1C 6.7%. Consulta por 7-8 vómito alimenticio y diarrea blanda en misma cantidad sin fiebre. Hemodinámicamente estable, en analítica presenta FRA con Creatinina 6.6 mg/dl, acidosis metabólica láctica: pH 7.04, Bicarbonato 7.4, EB - 21.4, Láctico > 135 mg/dl. Hiperpotasemia de 6.6 mmol/L. PCR elevada (45.6) y procalcitonina > 0.5/< 2. Hemograma, batería hepática y coagulación normal. Orina: Creatinina 26 mg/dl, urea < 240 mg/dl, sodio 125 mmol/L. Proteínas 75 mg/dl. 1-5 Hem/campo, leucocitos aislados, bacteriuria, levaduras. Rx Tórax y abdomen sin hallazgos patológicos. Tras iniciar aporte de bicarbonato, Ceftriaxona y Fluconazol ajustados a función renal ingresa en UCI con diuresis espontánea de 400-500 ml/H, exploración física anodina salvo frialdad distal y sudoración. A las 18 horas del ingreso disminución del nivel de conciencia presentando mioclonías no rítmicas, saltatorias y estímulo-sensibles en EEl proximales, EESS distales (dedos y manos en anteversión) y brazos proximales, sugestivas de encefalopatía metabólica o anóxica precisando IOT y conexión a ventilación mecánica. En TC Craneal hidrocefalia triventricular no obstructiva y en EEG sufrimiento difuso cerebral muy intenso con foco irritativo bifrontal, LCR: sin hallazgos. Se inicia tratamiento anticomitial con Valproato presentando mejoría progresiva clínica, neurológica y renal. Al alta asintomática.

Conclusiones:

Ante la sospecha de un anciano susceptible de fracaso renal agudo en eventos infecciosos, traumatismos, anemias, uso de contrastes yodados, situaciones que favorezcan hipoxia tisular, evitar el uso de metformina o suspender precozmente para evitar daños colaterales.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1330

DOLOR LUMBAR Y SHOCK HIPOVOLÉMICO: UN NUEVO CASO DE SÍNDROME DE WÜNDERLICH

EC Gómez Cuenca, J Monedero La Orden, C Alfaro Gómez,
A Ramírez Carralón, C Gandía Navarro

Hospital de Almansa. Almansa, Albacete

Palabras clave: dolor lumbar, shock, Wunderlich

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 86 años que acudió a Urgencias por presentar, de forma súbita, dolor a nivel lumbar izquierdo, sufriendo dos síncope al ser incorporado con recuperación tras el decúbito supino. A su llegada, estaba consciente y orientado con regular estado general, palidez cutánea, sudoroso y afectado por el dolor. Presentaba una tensión de 120/65 mmHg, 93 lpm y 35°C. Una saturación de oxígeno de 96%. La auscultación cardiopulmonar era normal. El abdomen estaba levemente distendido con palpación de una masa a nivel de fosa ilíaca izqda con dolor intenso con defensa voluntaria. Tenía una puño-percusión izquierda positiva. Se realizó analítica de sangre y orina, hemocultivos y urocultivo. Se puso tratamiento con fluidoterapia por hipotensión mantenida posterior. Se puso antibiótico empírico con ceftriaxona y tobramicina iv. Los análisis mostraban una hemoglobina de 9.2. Una glucosa de 346, creatinina de 1.5, un pH de 7.24 con un lactato de 90. La orina mostraba 500 leucocitos, 250 hematíes, 150 proteínas. El TAC abdominal era compatible con rotura renal izquierda con sangrado activo y hematoma perirrenal y pararenal posterior y anterior acompañante. Quistes renales. No se podía precisar el origen del sangrado. Tras los hallazgos, se trasladó al paciente en UVI móvil al Hospital General de Albacete, presentando durante el traslado hipotensión que precisó de dopamina. Allí se realizó, embolización de ramas de la arteria renal izqda con buen resultado inmediato.

Conclusiones:

La hemorragia renal espontánea ó Síndrome de Wunderlich es una afección rara pero grave. Más del 50% se debe a patología tumoral, siendo el adenocarcinoma el más frecuente. Entre las otras causas menos frecuentes está la de nuestro paciente que parece corresponder a rotura de quiste renal. La clínica viene definida clásicamente por la tríada de Lenk: dolor lumbar brusco, rápida formación tumoral palpable y signos de shock hipovolémico. El diagnóstico se realiza mediante TAC abdominal que detecta el sangrado retroperitoneal que caracteriza a este síndrome. Las opciones de tratamiento van desde el manejo conservador hasta la nefrectomía total. En nuestro caso, al realizar una arteriografía, se embolizaron los vasos sangrantes, controlando el sangrado activo, confirmando el diagnóstico y evitando así la intervención quirúrgica urgente.

P-1336

MI HEMICUERPO IZQUIERDO NO ME OBEDECE

F Attardo, P Barbero Barbero, H Rodríguez García,
RM Santiago Gómez, M Martín Sánchez

Complejo Asistencial de Ávila

Palabras clave: movimientos involuntarios, cefalea frontal, poliuria polidipsia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Anamnesis: mujer de 84 años con antecedentes patológicos de HTA, ICC, Valvulopatía degenerativa y Fibrilación Auricular, en tratamiento con Atenolol, Acenocumarol, Digoxina y Furosemida, fue remitida por su Médico de Atención Primaria al Servicio de Urgencias por presentar movimientos involuntarios de comienzo brusco localizados en hemicuerpo izquierdo, de tres días de evolución. Refiere además cefalea frontal de meses de evolución, poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso desde hace 2 meses. Exploración física: leve deshidratación de mucosas, tonos arrítmicos. Resto normal. Exploración neurológica: movimientos coreicos en hemicuerpo izquierdo con disminución leve de la fuerza y lenguaje discretamente más lento. Analítica de Urgencias: Glucosa 741 mg/dl, Creatinina 1,29 mg/dl, Sodio 126 mmol/L, INR 3,19, Actividad de Protrombina 25%. Pruebas complementarias de Urgencias: Rx Tórax y TC craneal normales. Ingresó en el Servicio de Medicina Interna: se realiza RMN cerebral que resultó normal. Se inicia tratamiento insulínico, con desaparición de la sintomatología. Analítica al alta: Glucemia 176 mg/dl, Creatinina 0,71 mg/dl, HbA1c 17,4. Diagnóstico diferencial (coreas adquiridas): corea vascular, corea autoinmune, corea farmacológica, corea metabólica, corea de causa infecciosa, otras causas (LES, Síndrome Antifosfolípido, Policitemia Vera, Corea Gravidarum). Diagnóstico: Hemicoresia atetósica izquierda adquirida de causa metabólica por hiperglucemia, debut diabético con complicación de hiperglucemia hiperosmolar. Tratamiento: insulina + metformina.

Conclusiones:

Las manifestaciones neurológicas, como la corea de nuestra paciente, no necesariamente son debidas a daños estructurales del SNC. Siempre habrá que descartar otras causas como la farmacológica y la metabólica. El debut diabético, aunque no es muy frecuente, puede comenzar también en edades tardías de la vida y con signos y síntomas que en ocasiones son atípicos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1338

MAREO, INESTABILIDAD Y HEMATOMA ESPONTÁNEO

JL Cepeda Blanco (1), AJ Bueno Álvarez (2), MP Carlos González (3), N Santos Méndez (1), B Coll Bas (1), AM González Pedraja (4), M Labrador Hernández (5)

(1) CS Camargo Costa, (2) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, (3) CS Cazoña, (4) SCS, (5) CS El Alisal. Santander, Cantabria

Palabras clave: mama, cáncer, hematoma

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 65 años, ama de casa. No fumadora, abstemia. Artrosis cervical severa conocida. Sin otros antecedentes o tratamiento. Acude a urgencias por mareo sin giro de objetos e inestabilidad de la marcha de tres días de evolución, con aumento del dolor cervical. No fiebre, náuseas, vómitos ni otra sintomatología. Exploración: Hemodinámicamente estable, buen estado general, consciente y orientada, bien hidratada, perfundida y coloreada. Eupneica. CyC: No adenopatías ni ingurgitación yugular. Temporales simétricas y rítmicas. Tórax: AC: Rítmica sin soplos. AP: Hipofonosis en base derecha. Presenta hematoma no doloroso en mama derecha de 10x15cm y adenopatía axilar izquierda indurada, móvil. Refiere que el hematoma apareció hace 1 semana, sin antecedente traumático, que ha aumentado de tamaño progresivamente. Abdomen: Anodino. Extremidades: Edema de ESD, pulso radial conservado. Ojos: Motilidad normal, pupilas isocóricas y normorreactivas, agudeza visual normal. Neurología: Sensibilidad conservada. Pérdida de fuerza en ESD 4/5. Maniobra dedo-nariz alterada en ESD. Hiperreflexia generalizada, reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. Ataxia. Marcha inestable con actitud espástica. Barré: Claudica el brazo derecho. Pruebas: Hematimetría y bioquímica normales. Filtrado >90. TSH: 1,3. Ingresa en medicina interna para estudio por la rápida progresión del cuadro y la sospecha de que el origen pueda estar en la lesión de mama. Durante el ingreso se diagnostica de Carcinoma inflamatorio de mama. De mal pronóstico. La lesión cutánea progresa rápidamente extendiéndose a la mama contralateral y dando lesiones en 'piel de naranja'. La clínica neurológica evoluciona proporcionalmente a la lesión, apareciendo disartria, hemiparesia y alteraciones de memoria consecutivamente a los dos días después de ingresar. La paciente fallece una semana después.

Conclusiones:

Dado el cuadro de la paciente y sus antecedentes de artrosis cervical no hubiera sido descabellado relacionar ambos procesos y, al no ver cambios en la R(x) cervical, dar el alta a la paciente con antiinflamatorios y miorrelajantes sin detenernos a realizar una exploración más exhaustiva. Este caso enuncia la importancia de una exploración física completa y un enfoque inquisitivo frente a la actitud más resolutiva que tendemos a adoptar en urgencias.

P-1342

DIABETES, LUXACIONES Y MENINGITIS

I Moreno Montero, MM Cillero Rodríguez, L Alcalá Bustos, J Paz Galiana, CA Moreno Caycedo, A Sánchez Valencia, M Sánchez Ruiz

Hospital General de Tomelloso. Ciudad Real

Palabras clave: meningitis, diabetes, luxación

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Antecedentes personales: Hipertensión arterial, diabética, pie diabético con úlceras, síndrome ansioso-depresivo. Tratamiento habitual: efecib, parapres, paracetamol, paroxetina y lorazepam, amoxicilina/clavulánico. Motivo de consulta: Derivada desde el centro de salud para valoración en Urgencias porque su úlcera maleolar no cura y desde que se torció el tobillo hace 10 días, le cuesta caminar, está cansada. Exploración: presenta tumefacción del miembro inferior izquierdo, con escara necrótica y deformidad externa del pie, con exudado fluctuante en su interior, crepitación y fiebre de 38°C. Pruebas complementarias: Rx tobillo: luxación astragalocalcánea con fracturas de calcáneo minifragmentarias a nivel articular de cuboides. Evolución, la fiebre se cree secundaria a las úlceras y se realiza cirugía del pie y cultivo de exudados tras nueva administración de antibiótico prequirúrgico. En el postoperatorio inmediato, la paciente presenta convulsiones, se realiza. Tomografía craneal con pequeño neumoencéfalo en el asta frontal sin clara puerta de entrada y se realiza. Punción lumbar por sospecha de meningitis con obtención de 20 células e hiperproteínorraquia. Cultivo de herida y sinovial: Streptococo equisimilis. Presenta continúan las convulsiones a pesar de medicación antibiotica y anticonvulsivante y precisa derivación a UCI, donde se cubren con antibioticos y antivirles empíricos y se detectan hipopotasemia, hipocalcemia e hipomagnesemia severas. Hemocultivos negativos, cultivos y PCR virus negativos en líquido cefalorraquídeo. Diagnóstico final: Meningoencefalitis aguda bacteriana decapitada en el contexto de sepsis por estreptococo equisimilis, crisis tónico clónicas generalizadas de probable etiología bacteriana y encefalopatía metabólica, neumoencéfalo por raquis y artritis-luxación calcáneoastragalina por pie diabético infectado como desencadenante inicial.

Conclusiones:

Se deben tener en cuenta todos los antecedentes de los pacientes que acuden a Urgencias y no se debe menospreciar los posibles efectos secundarios que se derivan de nuestras intervenciones porque podemos provocar yatrogenia, como no diagnosticar una luxación del pie porque ya tenía patología secundaria a diabetes previa, la decapitación de una meningitis o la provocación de un neumoencéfalo por una punción lumbar.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1343

GOLPE DE CALOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

**JE González Tejada, B Grégori Ibáñez, CI Holguin Mena,
AM Arilla Albas**

Hospital de Barbastro. Huesca

Palabras clave: golpe de calor, rabdomiolisis-coma

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 25 años, obesa, con antecedentes de hipertensión arterial, fumadora activa, consumidora de Hachis y Speed, Obesidad mórbida, HTA, Trastorno Sicótico. Se halla en tratamiento con Doxazosina, Abilify 10 mg, Topimarato 100 mg, Zyloric. Llega traída por el 061 tras ser hallada en vía pública en coma (GCS 3 puntos), taquicardia a 150 lpm, petequias en EEII, temperatura 41°C y TA 116/90 mmHg. Examen físico: Presenta coma (Glasgow 3), T° 40°C, hipotensión arterial, taquicardia a 150 lpm y saturación basal de 96.6%. Analítica: Discreta leucocitosis (12.600 ul), Trombopenia (Pla 73.000) e insuficiencia renal (Creatinina 2.39 mg/dl), K 4.1 mEq/l, Na 121 mEq/l, calcio ionico: 3.8mg/dl, CPK 3227 UI/l. GAB: ligera acidosis metabólica, lactato 2.2 mmol/l y coagulopatía (AP 68%, TTPAr 0.6). La tomografía computarizada (TC) craneal con hallazgos compatibles con edema cerebral incipiente en progresión y con hemocultivo negativos. Se inician técnicas de enfriamiento y ante la inestabilidad se inicia Noradrenalina, paracetamol i.v ceftriaxona, vancomicina, aciclovir y gluconato calcico. Ingresa en la unidad de cuidados intensivos previa estabilización con hidratación, noradrenalina y enfriamiento corporal con sacos de hielo en cuello, axilas e ingles y baños de agua fría, permaniendo allí por 5 días, presentando evolución desfavorable hasta el éxito por muerte encefálica previa la realización de 2 exploraciones clínicas separadas por intervalos de 24 horas, junto con neurología, que demuestran la muerte encefálica. DIAGNÓSTICO: Golpe de calor.

Conclusiones:

No se puede dudar en destacar la importancia de que la supervivencia se relaciona de forma inversa con la duración de la hipertermia, el reconocimiento temprano del cuadro clínico y la rapidez con la que se enfría el cuerpo. Es importante contar con un protocolo de actuación y unas medidas contra la hipertermia y que sean accesibles en la primera asistencia médica.

P-1344

INFARTOS EN ZONAS ACRAS... OTRA CONSECUENCIA DEL TABACO

**M Martínez Díez, C Lahoza Pérez, M Jordán Domingo,
D Sáenz Abad, CA Baquer Sahún, M Muñoz Pintor, V Blanco Alvarado**

Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza

Palabras clave: isquemia, tromboangeitis, tabaco

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

MOTIVO DE CONSULTA E HISTORIA CLÍNICA: Varón de 36 años sin antecedentes relevantes. Fumador de 30 cigarrillos/día desde hace 19 años. Acude a urgencias por dolor e hipoestesia en el pulpejo del 2º dedo de mano derecha de una semana de evolución. Trabaja en el campo y no refiere síntomas típicos de fenómeno de Raynaud ni episodios previos similares al actual. La exploración pone de manifiesto un dedo troncularmente con menor temperatura en el que hay una mancha geográfica violácea que impresiona de isquémica. No hay afectación de pulsos periféricos. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Isquemia arterial por aterosclerosis, tromboangeitis obliterante (TAO), vasculitis autoinmunes, fenómeno de Raynaud aislado o en contexto de conectivopatía, embolia arterial, embolia séptica por endocarditis infecciosa (EI). EVOLUCIÓN: Realizamos bioquímica, hemograma, sedimento de orina y coagulación que resultan normales lo que unido a la ausencia de fiebre, soplos ni manipulaciones de riesgo, descartaba razonablemente la EI. El ECG normal descartaba embolismos periféricos por arritmias. Tampoco existían síntomas claros de fenómeno de Raynaud ni síntomas propios de las vasculitis y enfermedades del tejido conectivo. Tras descartar mediante eco-doppler (Cirujano Vascular) estenosis arteriales hemodinámicamente significativas, derivamos a consultas de Medicina Interna con el diagnóstico probable de TAO. Allí se realizaron ecocardiograma, autoanticuerpos, VSG, PCR, serologías, estudio de trombofilia genética y plasmática, Rx de la mano, capilaroscopia y test de Nielsen resultando todos ellos normales. Se establece en base al cuadro y a la exclusión del resto de causas el diagnóstico de TAO y se pauta tratamiento con Naftidrofuroil oxalato recomendando encarecidamente el abandono del tabaco. JUICIO CLÍNICO: Tromboangeitis obliterante (Enfermedad de Buerger).

Conclusiones:

La TAO es una enfermedad segmentaria, inflamatoria y oclusiva, que afecta predominantemente a arterias y venas de mediano-pequeño calibre de las extremidades, principalmente en varones jóvenes fumadores. El diagnóstico es clínico siendo importante excluir otras causas de isquemia antes de establecerlo. La terapia fundamental es el abandono del tabaco. Otras estrategias son antiagregantes, análogos de prostaciclina o para casos graves la simpatectomía e incluso revascularización quirúrgica. Puede desembocar en necrosis distales con gangrena y necesidad de amputaciones a temprana edad.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1346

¿OTRA VEZ CON MAREOS?

M Ruiz Cosano, B Pavón Flores

Hospital SAS Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera, Cádiz

Palabras clave: neoplasias encefálicas, cefalea, astrocitoma

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: Varón de 32 años, excocainómano, que presenta de forma brusca cefalea occipital, cervicalgia, inestabilidad, náuseas y trastorno de la marcha. Consulta de forma sucesiva en servicio de urgencias en siete ocasiones durante diez semanas, siendo tratado con tratamiento sintomático sin mejoría clínica. **OBJETIVO** Valorar cuándo están indicadas las pruebas complementarias de imagen para diagnóstico del síndrome vertiginoso, si persisten síntomas a pesar del tratamiento sintomático. **MÉTODO:** Estudio retrospectivo y transversal en período de abril a mayo de 2014 de historias de consultas en servicio de urgencias de varón con cefalea y vértigo. **RESULTADOS:** El paciente fue valorado en siete ocasiones por cervicalgia, náuseas, mareos, cefalea, sensación de giro de objetos y vómitos. En la primera ocasión fue tratado con tetrazepam, metamizol y dextetopropeno. En la segunda visita, quince días después, se cambió el tratamiento a sulpirida, forticortin y primperam. En la tercera consulta se le realizó analítica, sin alteraciones, y rx de columna cervical informada como rectificación cervical y se añade paracetamol. En la cuarta consulta se le añade diclofenaco y omeprazol. En la quinta consulta se le repite rx, se le administra cloruro mórfo y se le pauta tielperazina. En la sexta consulta se le trata con metamizol y diacepam y se le añade al tratamiento diacepam. En la séptima consulta, diez semanas después del inicio de los síntomas, se le realiza analítica y tac craneal informado como lesión ocupante de espacio en hemisferio cerebeloso derecho con efecto masa sobre tronco del encéfalo, colapsa cuarto ventrículo y provoca hidrocefalia triventricular obstructiva. Fue derivado a Neurocirugía, siendo intervenido con diagnóstico anatomopatológico de astrocitoma pilocítico grado IV. Recibió radioterapia postcirugía.

Conclusiones:

Los tumores intracraneales más frecuentes en los adultos son el glioblastoma multiforme y el astrocitoma anaplásico. La edad más frecuente de aparición del astrocitoma es de los 30 a 50 años. El síntoma más frecuente es la cefalea, seguido de síntomas de focalidad neurológica. Habitualmente pasan desapercibidos por el propio paciente durante meses, y el síntoma de inicio es una crisis convulsiva. El TAC y la RMN son las pruebas de imagen indicadas para el diagnóstico.

P-1347

ROMBOENCEFALITIS POR LISTERIA

A Delmiro Magdalena (1), C Elvira Menéndez (2), A Marmesat Montes (1), A Murcia Olagüenaga (2), M Rodríguez Rodríguez (1), J Suárez Fernández (3)

(1) Centro de Salud El Coto (Gijón), (2) Centro de Salud La Calzada II, (3) Centro de Salud El Llano. Asturias

Palabras clave: listeria, disartria, tronco cerebral

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Motivo de consulta: paciente con fiebre de dos semanas de evolución asociando desde hace dos días, debilidad en miembro superior izquierdo y rigidez cervical. Presenta en el último día alteración del lenguaje. Trasladado al servicio de urgencias tras encontrarlo con bajo nivel de consciencia. Antecedentes personales: varón de 57 años. Alérgico a penicilina. Hepatitis B y C. Tuberculosis pulmonar. Asma bronquial. Exploración física: obnubilado. Disartria moderada-severa. Signos menígeos y distonía del cuello con laterocollis derecha. Facial central izquierdo. Miembro superior izquierdo pléjico flácido. Facies de dolor al estímulo nociceptivo. Mioclonías en extremidad superior derecha. Auscultación cardiopulmonar: roncus y sibilancias en ambos campos pulmonares. Pruebas complementarias: glucosa 128, sodio 128, potasio 5,6, plaquetas 146.000, leucocitos 11.000 con neutrofilia, tasa de protrombina 65%. Orina y tóxicos normal. Líquido cefalorraquídeo: leucocitos 17/mm³, glucosa 47, proteínas 1,72, ADA 22,2. Cultivo aerobio, PCR virus herpes y enterovirus, baciloscopia y PCR de M.tuberculosis, serología de Lues, borrelia, VIH, brucela y virus neurotrópicos negativa. Hemocultivos: Listeria monocytogenes multisensible. Radiografía de tórax y TAC craneal: dentro de la normalidad. RMN: lesiones hiperintensas con realce periférico tras contraste, sugestivos de microabscesos, en unión bulbomedular, bulbo raquídeo, protuberancia, mesencéfalo, suelo del cuarto ventrículo, región periacueductal, ambos pedúnculos cerebelosos medios, hemisferios cerebelosos y núcleo lenticular derecho. Lesión sin captación en núcleo lenticular y cápsula interna izquierda compatible con foco de cerebritis. Diagnóstico diferencial: meningococcal por adenovirus y herpes simple, tuberculosis, enfermedades mitocondriales y desmielinizantes. Tratamiento: se trató de entrada con rifampicina, etambutol y aciclovir. Tras confirmación de listeriosis se añadió cotrimoxazol. Evolución: presentó secuelas severas: disartria ininteligible, estrabismo divergente, distonía de tronco y hemiparesia izquierda. Diagnóstico final: Romboencefalitis por listeria.

Conclusiones:

Se trata de una infección grave e infrecuente con una alta tasa de morbimortalidad. Se manifiesta en dos fases: la primera con síntomas inespecíficos, de una semana aproximadamente de duración y la segunda con aparición de signos de focalidad neurológica a nivel del tronco cerebral. Destacamos la importancia del reconocimiento temprano de los signos clínicos y la realización de resonancia magnética nuclear de forma precoz, para poder instaurar lo antes posible el tratamiento antibiótico, ya que un diagnóstico tardío puede conllevar un pronóstico fatal.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1348

DIAGNÓSTICO SÚBITO FATAL DE NEOPLASIA PULMONAR INFILTRANTE

A Pérez Zapata, S Melero Cabeza, S Cortes Company,
S Arnés González, SR García de León Chocano, P Sánchez Sánchez

Hospital General Universitario de Valencia

Palabras clave: pulmón, cáncer, taponamiento cardíaco

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 59 años que acude a urgencias en ambulancia avanzada por síncope de segundos y mareo posterior, presentando un vómito hemoptoico asociado. Antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemia, en tratamiento. A su llegada a urgencias presenta tensión arterial 85/43 mmHg, 90 latidos por minuto, saturación de 93% con aire ambiente, y discreta taquipnea. Afebril. Se encuentra diaforético, normohidratado y con palidez cutánea. La auscultación cardiopulmonar presenta tonos rítmicos y apagados, con murmullo vesicular conservado y ligeros sibilantes espiratorios dispersos. El abdomen es normal. No presente edemas ni fovea en miembros. No ingurgitación yugular. En la analítica destaca leve anemia con 11,3 g/dl hemoglobina, leucocitos de 11300 (con 64% neutrófilos y 30% linfocitos), creatinina 1,36 mg/dl, urea 55 mg/dl, y Dímero D 3645. ECG normal. Rx tórax muestra silueta cardíaca aumentada de tamaño. Inicialmente se orienta el caso como una hemorragia digestiva alta con hipotensión secundaria, comenzando con infusión rápida de líquidos sin mejoría de cifras tensionales. Posteriormente se descarta diagnóstico y se sospecha un tromboembolismo pulmonar dado analítica y la clínica, por lo que se realiza un angioTAC pulmonar, descartando también este diagnóstico. TAC TORÁCICO: Gran derrame pericárdico subpleural. No defectos de repleción en arterias pulmonares. Múltiples opacidades en parénquima pulmonar difusas bilaterales. LA ecocardiografía confirma el diagnóstico de derrame pleural severo con signos ecocardiográficos de taponamiento cardíaco con colapso de aurícula derecha y parcial de ventrículo derecho. Posteriormente el paciente ingresa en unidad coronaria donde intentan pericardiocentesis con varios intentos fallidos, por lo que se decide intervenir quirúrgicamente con esternotomía que objetiva gran neoplasia pulmonar con metástasis adherida a techo de aurícula derecha y cava superior infiltrando aurícula y perforándola. Tras intentar suturas sin éxito el paciente presenta distress respiratorio, hipotensión severa y fallo renal agudo que provoca el éxitus dos horas después.

Conclusiones:

Lo más importante de este caso es el diagnóstico diferencial hasta que se llega al diagnóstico final, que pese a no tener resultado satisfactorio se logra realizar de forma rápida gracias a las pruebas complementarias y anamnesis ya que la clínica no era muy llamativa ni sugerente del diagnóstico definitivo.

P-1354

PACIENTE DE 17 AÑOS CON DISTONÍA AGUDA EN EL CONTEXTO DE UN CUADRO VERTIGINOSO

A Fernández Gómez, MR Rivas Martínez, P Fajardo Velasco,
A Perea Fernández, ML Millán Montilla, JE Cobo Muñoz

Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras clave: distonía, síndrome extrapiramidal, anticolinérgicos

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer 17 años con antecedentes de hipoacusia perceptiva, contraindicado el flatoril por reacción adversa que le provocó disfonía aguda. Acude a urgencias con cuadro de inicio brusco de 1-2 horas de evolución donde presenta hiperextensión del cuello hacia atrás (distonía) con intenso dolor a nivel cervical, desviación de la mirada hacia arriba y dificultad para cerrar los ojos. El día anterior había consultado por cuadro vertiginoso (mareo con giro de objetos y vómitos) y había iniciado tratamiento con sulpiride y metoclopramida. Exploración: consciente, orientada, normohidratada, normoperfundida, eupneica, afebril. ACR: tonos rítmicos, murmullo vesicular conservado, Abdomen: blando, sin puntos dolorosos. Exploración neurológica: Pupilas isocóricas reactivas, mirada desviada hacia arriba, limitación para cerrar los ojos. No desviación de comisura, no pérdida de fuerza en miembros ni alteraciones de la sensibilidad. No alteraciones del lenguaje ni de la marcha. Evolución: teniendo en cuenta los antecedentes de la paciente (reacción con flatoril (clebopride /simeticona) y el contexto de cuadro vertiginoso previo tratado con sulpiride y metoclopramida, se sospechó cuadro extrapiramidal por lo que se le administró anticolinérgicos (biperideno) mejorando rápidamente la clínica. Diagnóstico diferencial: cuadro psicofuncional o histérico, síndrome de Meige, Distonía muscular deformans, parkinsonismo postencefálico, enfermedad de Wilson, encefalitis, meningitis, rabia, hemorragia subaracnoidea.

Conclusiones:

La disfonía aguda consiste en crisis de movimientos lentos y posturas anormales, de carácter involuntario, que afecta a cara, ojo, musculatura faringo-laríngeo-lingual, y cuello y en menos ocasiones al tronco y extremidades. Se presentan de forma precoz a los pocos días del comienzo del tratamiento, intervalo de latencia entre 12 y 48 horas. Los fármacos representantes más típicos son los neurolepticos y derivados como sulpiride, clebopride, bromopride, metoclopramida, tiapride, clozapina, etc. El tratamiento con anticolinérgicos como biperideno intramuscular o intravenoso, mejora el cuadro clínico en unos 20 minutos, pudiendo repetir dosis. En nuestra práctica clínica es muy importante conocer los efectos adversos a fármacos que haya podido tener el paciente previamente, con la finalidad de prevenirlos y en su defecto, detectarlos rápidamente instaurando el tratamiento adecuado. Además hay que valorar las diferentes asociaciones de fármacos que usemos porque en muchas situaciones los efectos se ven potenciados.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1355

UN DOLOR ABDOMINAL ATÍPICO

I Lobo Cortizo, C Marinero Noval, L López Menéndez,
B Di Salvo León, M Gordo Bravo, D Cuetos Suárez

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Palabras clave: mesenteric ischemia, gastroenteritis, abdominal pain

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Motivo de consulta: Paciente de 83 años que acude Urgente al Centro de Salud por cuadro de vómitos de unas horas de evolución Historia clínica: Enfermedad actual: el paciente refiere cuadro de dolor abdominal difuso de unas horas de evolución que se etiqueta como gastroenteritis aguda y se instaura medidas higiénico-dietéticas. Reacude de madrugada por cuadro de dolor abdominal localizado en epigastrio asociado sudoración profusa, náuseas y dos episodios eméticos. Se le realiza ECG (normal) y administración de Buscapina compositum sin mejoría clara de la clínica, por lo que se deriva a urgencias para la realización de pruebas. Antecedentes personales: fibrilación auricular, gastritis por H. pylori + tratada, HTA, insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardiaca, insuficiencia aórtica moderada, neoplasia prostática intervenida, neoplasia rectal intervenida, queratosis seborréica Tratamiento habitual: aldomet, cafinitrina, digoxina, esidrex, flatoril, losartan, omeprazol, paracetamol, rozex, sebiprox Anamnesis: destacar hábito estreñido que requiere la administración de enemas evacuadores Exploración: resaltar abdomen ligeramente distendido con percusión timpánica, molestias difusas a la exploración, con región epigástrica y periumbilical discretamente empastada, sin signos de irritación peritoneal aparentes. Peristaltismo aumentado. Pruebas complementarias: Leucocitos $17,42 \times 10^3/\mu\text{L}$, Neutrófilos 90%, amilasa 111U/L, resto de analítica dentro de la normalidad. Diagnóstico diferencial a su llegada al servicio: gastritis/duodenitis, gastroenteritis aguda, impactación fecal/estreñimiento crónico Evolución: debido a la afectación del estado general del paciente y los resultados analíticos, se decide realizar un TAC abdominal, observándose cambios postquirúrgicos con resección de recto y prostatectomía, obstrucción intestinal en asa cerrada con isquemia y lesiones blásticas óseas, no pudiendo excluir metástasis de neoplasia prostática Juicio diagnóstico: obstrucción intestinal por brida con sufrimiento de asa Tratamiento: ingreso en cirugía general para realización de laparotomía urgente, liberando el asa intestinal sin necesidad de resección intestinal.

Conclusiones:

Este caso resalta la importancia de realizar una buena historia clínica, exploración y un buen diagnóstico diferencial ante cualquier situación, por muy obvia que aparente ser, ya que un mismo cuadro clínico en diferente contexto puede esconder patología de gravedad importante que requiera atención urgente e incluso invasiva.

P-1357

FOCALIDAD NEUROLÓGICA EN PACIENTE JOVEN

S Díez Morales (1), A López Tarazaga (1), P Gutiérrez García (1),
T Gómez González (1), D Fernández Torre (2), P López Tens (2),
A Portela Martín (1)

(1) Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid, (2) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras clave: parestesia, migraña con aura, afasia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 33 años, sin alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos ni FRCV. Sin antecedentes familiares de interés. Motivo de consulta: Acude a Urgencias por clínica de 5 horas de evolución consistente en parestesias que comienzan en extremidad superior derecha y región hemifacial derecha, posteriormente en extremidad superior izquierda, seguido de cefalea hemicraneal izquierda de inicio brusco, alteración en la emisión del lenguaje, parafasias y agrafia. Exploración física: TA 124/83 FC 54lpm SatO₂ 100% T° 36°C E.Neurológica: desorientado en espacio. Signos meníngeos negativos. Pupilas isocóricas, normoreactivas, campimetría por confrontación normal. Alteración para la nominación, afasia sensitiva, comprensión normal. No asimetrías faciales. Balance motor conservado. No declinación con Barré.Sensibilidad conservada. No dismetrías. RCP flexor bilateral. Marcha normal. Carótidas rítmicas y simétricas. ACP:rítmico, sin soplos, mvc. Abdomen y EELL: normal Exploraciones complementarias: Analítica de urgencias:Hemograma, bioquímica y coagulación normal. Tóxicos en sangre y orina negativos. ECG:RS a 55lpm sin alteraciones en la repolarización. RX tórax normal. TC craneal sin alteraciones Diagnóstico diferencial: AIT, Migraña con aura, crisis comicial, tumor cerebral Diagnóstico final: Migraña con aura compleja prolongada Evolución: Durante su estancia en urgencias persiste cefalea resistente a analgesia, con discreta mejoría de la focalidad neurológica. El paciente ingresa en Neurología para completar estudio, mostrando EEG con signos compatibles con migraña con aura prolongada, con ausencia de patología estructural en la RM craneal. Además de un estudio analítico completo (TSH, autoinmunidad, serologías, proteionograma, homocisteína) en rangos de normalidad. El paciente evoluciona favorablemente, persistiendo al alta únicamente leve cefalea.

Conclusiones:

La cefalea es uno de los motivos de consulta más frecuente en los servicios de urgencias, siendo la mayor parte de las veces primarias, aunque siempre debemos descartar la existencia de signos de alarma.Ante un paciente que presenta focalidad neurológica seguida de cefalea, es importante descartar procesos intracraneales o patología del SNC como posibles causas graves, aunque esto ocurre en un escaso porcentaje de casos, correspondiéndose en la mayoría de ocasiones con un aura migrañosa (15% de pacientes con migraña), que por lo general se manifiesta con síntomas visuales o sensitivos (30-40% de los casos), reversibles en unos 60 minutos, lo cual no se cumplía en el caso de nuestro paciente, decidiéndose su ingreso para estudio.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1358

VÓMITOS EN GESTANTE DE 8 MESES, SÍNTOMA GUÍA DEL SÍNDROME DE HELLP

AM Pozo Cascajosa (1), FJ Fernández Gómez (2), V Martínez Prieto (3), M Estrada López (4), S Galindo Vacas (4), M Romero González (4)

(1) SUMMA 112, (2) Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid, (3) HAR. Écija, Sevilla, (4) EPHAG. Andújar.

Palabras clave: hipertension, preeclampsia, plaquetopenia

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Mujer de 35 años, primigesta G1A0P0, sin amc, sin antecedentes de interés. Curso del embarazo normal, tensión normal. En su semana 36 de gestación, acude por vómitos postingesta de 48 horas de evolución, ayer vista en servicio de urgencias dada de alta como gastroenteritis aguda con antiemético. Acude con dolor epigástrico, malestar general, 8 vómitos pese a tomar metoclopramida vía oral cada 8 horas. A la exploración consciente, orientada, sin signos de deshidratación, eupneica en reposo. Abdomen compatible con su edad gestacional, dolor en hipocondrio derecho, muprhy positivo, pulsos conservados. ACR sin hallazgos. MMII sin edemas ni signos de TVP. Saturación con aire ambiente 97%, fc 90 lpm, ta 147/99 mmHg, temperatura 35°C. Exploración complementaria: Sistemático de orina: proteínas 2074 g/L. Resto normal. Hemograma: leucocitos 10,88x10³/microL, neutrofilos 8,83x10³/microL, hematies 5,1910E107/microL, hb15,2, plaquetas 55,0010EX3/microL. Bioquímica: Glucosa 82 mg/dl, urea 22mg/dl, creatinina 0,68mg/dl, na 137 mmol/L, k 4 mmol/L, GPT 200,00U/L, GOT 296,00U/L, Amilasa 84,00U/L. Bilirrubina total 1,20mg/dl. Consulta ginecología: Exploración: genitales externos y vagina normales. No restos hemáticos ni leucorrea. Cérvix nulípara bien epitelizado. No amniorrea. TBM: cérvix permeable 1cm, borrado 50%. Eco abdominal: feto único, vivo, longitudinal cefálica. LC + MF+ LA subjetivamente disminuido (ILA 5) placenta anterior normoinsera. Se comienza perfusión de labetalol 10mg/hora. Se administran 2 bolsas de plaquetas y se induce parto con oxitocina. El estudio de la placenta de forma anatomopatológica descifró zonas sin vascularización. Diagnóstico final: preeclampsia grave, plaquetopenia, hipertrasaminasemia, síndrome de Hellp.

Conclusiones:

El síndrome de HELLP es una variedad de la preeclampsia además de tener cifras tensionales elevadas la paciente presenta anemia hemolítica, plaquetopenia, y aumento de transaminasas. Los síntomas son inespecíficos como vómitos, dolor epigástrico, malestar general, y cifras altas tensionales, aunque no siempre se detentan dicha hipertensión ni proteinuria por lo que es de suma importancia la monitorización de la tensión, anamnesis y control analítico en las gestantes con estos síntomas.

P-1359

EL VALOR DE UNA EXPLORACIÓN EXHAUSTIVA

I Ariño Pérez de Zabalza (1), B Ali Ali (2), D Escalada Pellitero (2), P González Recio (2)

(1) Hospital San Pedro Logroño, (2) Complejo Hospitalario de Navarra

Palabras clave: neurologia, neuropathology and applied neurobiology, infection and immunity

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 35 años que acude a Urgencias por cuadro de dos semanas de evolución de ansiedad y defecto en la percepción geométrica, que le llevaban a fallos en el cálculo espacial de las distancias, manifestándolo en varios golpes a la hora de aparcar el coche según refiere. Asocia estrés laboral previo. No refiere alteraciones de la agudeza visual, fosfenos, acúfenos, mareos, palpitaciones debilidad ni otra sintomatología. En la exploración física rigurosa sólo se objetiva disdiadococinesia. Exploraciones complementarias con analítica básica, ECG y radiografías no muestran alteraciones. Se solicita TC cerebral donde se objetiva una lesión mesencefálica dorsal. Se ingresa para estudio, donde se realiza RMN objetivándose la misma lesión, pero al ser la punción lumbar y analíticas extensas con estudio infeccioso y de autoinmunidad negativo se da de alta con control ambulatorio, sin llegarse a diagnóstico claro. Un mes más tarde acude de nuevo a Urgencias por presentar de manera progresivo pérdida de memoria, desorientación temporo-espacial, apatía, somnolencia, anorexia, pérdida de peso, temblor intencional e inestabilidad para la marcha. En la exploración la paciente está consciente, desorientada parcialmente, con pérdida de memoria inmediata, bradipsíquica, con apraxia ideatoria e ideomotora. Presentaba dismetría dedo-nariz y talón-rodilla bilateral. La marcha era atáxica con base de sustentación ampliada. Se ingresó y se realizó EEG que mostró potenciales bifásicos sugierentes de actividad periódica a 2 Hz y la nueva punción lumbar fue positiva para Creutzfeldt-Jakob, siendo diagnosticada de encefalopatía Creutzfeldt-Jakob esporádica. Su evolución fue la esperable para su enfermedad, con deterioro progresivo, caquexia, mioclonías, ataxia progresiva y deterioro cognitivo con agresividad espontánea y mutismo, falleciendo a los tres meses.

Conclusiones:

Este caso pone de manifiesto la importancia de una buena exploración inicial, rigurosa y sistemática, especialmente a nivel neurológico a pesar de la inespecificidad de los síntomas referidos por los paciente en el momento inicial. En este caso, la sintomatología inicial podría haber sido achacada al contexto de estrés laboral y ansiedad de la paciente, pero una sistemática exploración neurológica puso de manifiesto la disdiadococinesia que puso sobre la pista de su alteración.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1360

URGENCIÓLOGO COMO INTERCONSULTOR EN PLANTA DE GINECOLOGÍA, UN CASO DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE

M Cabelo López, F Brantuas Calvo, A Vidal Picos, C Lima Mourao

Hospital La Rosaleda. Naron, La Coruña

Palabras clave: urgenciólogo, crisis comicial, encefalopatía

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente en postoperatorio de Cesarea (4 días antes) de 39 años sin antecedentes de interes.Presenta desde hacia unas 3 horas cefalea holocraneal, asi como elevación en cifras de TA.De forma súbita crisis tónico clónica generalizada , que se yugula con diacepam, tras lo cual 3 nuevos episodios generalizados y presenciados, que se yugulan con dosis de carga de levetiracetam.Se mantiene estable hemodinámicamente, y se realiza TAC Craneal, que no pone en evidencia lesión intraparenquimatosa, con presencia de neumoencefalo en ambas astas temporales, en probable relación a punción lumbar. Estabilizada la paciente se traslada a valoración por Servicio de Neurologia de Hospital de Referencia (CHUS : Hospital Universitario de Santiago de Compostela).A su llegada al CHUS ingresa en UCI donde se solicita RNM, y a las 3 horas del ingreso nuevo episodio de 3 crisis comiciales sin recuperación intercrisis que requieren Diacepam IV -Levetiracetam IV -Locasamida IV, se yugulan y se le pauta Levetiracetam-Locasamida.En la RNM se observan áreas de hiperseñal a nivel occipital en secuencias T2 y FLAIR, también parietales, algunas de ellas con restricción en la difusión, que por su distribución sugieren ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE. Durante su estancia en UCI presenta elevación en cifras de TA que requieren pauta con Losartán e Hidroclorotiacida, normalizandose las mismas y no precisando tratamiento hipotensor posteriormente.Al mismo tiempo evidencia de alteraciones visuales que inicialmente se describen como ceguera total bilateral (durante 12 horas) con posterior visión de puntos rojos durante 48 horas, se inicia pauta con Metilprednisolona durante 48 horas, y se resuelve el cuadro clínico oftalmológico y la IC con Oftalmologia no evidencia de lesiones. Su estancia en UCI es de 48 horas tras lo cual se traslada a planta de Hospitalización de Neurologia donde permanece hasta 29-10-15 (ingreso en UCI el 19-10-15). Al alta con DIAGNÓSTICO: 1.-Encefalopatía Posterior Aguda Posiblemente Reversible. 2.-Crisis Tónico Clónicas Generalizadas en relación a 1. 3.-Neumoencefalo PostPunción lumbar resuelto. 4.-HTA resuelta. TRATAMIENTO: Alprazolam-Omeprazol-Vimpat 100- Keppra 500.

Conclusiones:

Los Servicios de Urgencias son un elemento esencial en el trabajo diario del Hospital, no solo en la atención a los paciente de su Servicio, sino como Interconsultores en otras urgencias en servicios del propio hospital.

P-1361

LO QUE LA LUMBALGIA ESCONDE

R Gómez Guerra, P García García (2), R Parada López (3), J del Cañizo Canto (3), M Gil Mosquera (3), C Bibiano Guillén (4)

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

Palabras clave: lumbalgia, metástasis, neoplasia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente mujer 78 años con antecedentes de HTA que acude a urgencias por presentar dolor abdominal de probable etiología oclusiva en relación con tratamiento de opiáceos que se habían incorporado a su tratamiento recientemente por presencia de dolor lumbar de larga evolución. En la exploración física se objetivaba abdomen distendido con molestias difusas, sin peritonismo y presencia de hernia inguino-crural derecha no reducible Analíticamente se objetivó leucocitosis asociados a neutrofilia, mínima elevación de LDH y PCR. En radiografía abdominal de control se objetivaron importante distensión gástrica y de intestino delgado con niveles hidroaereos compatibles con subocclusion intestinal. Se realizó TC abdominal con contraste desde el servicio de urgencias donde se observó un cuadro suboclusivo que afectaba a intestino delgado de forma prácticamente generalizada, en probable relación con hernia inguinal derecha encarcerada, con íleon terminal y marco cólico colapsado. La paciente fue intervenida quirúrgicamente con realización de hernioplastia crural y colocación de malla tras lo cual fue dada de alta. Diez días después la paciente acude a urgencias de nuevo por ausencia de deposición de 48 horas de evolución y persistencia del dolor lumbar. A la exploración presentaba dolor a nivel de ambas fosas iliacas .Se repitieron las radiografías tanto torácica como abdominal, observándose en placa de tórax un aumento de densidad en la base de pulmón izquierdo, con nódulos pulmonares bilaterales no valorados previamente. Tras estos hallazgos se revisa el TC abdomino-pelvico que se había realizado previamente donde se objetivó dicha masa sospechosa de neoplasia y nódulos bilaterales sugestivos de metástasis, además de imágenes metastasicas asociadas a extensa destrucción ósea a nivel de D12 y L1, y otras lesiones de características similares a nivel costal. El cuadro parece compatible con neo pulmonar estadio IV.

Conclusiones:

En ocasiones el dolor lumbar es algo más que la simple manifestación de una patología osteomuscular banal o crónica. Por ello, antes un caso de dolor lumbar que no mejora al tratamiento analgésico se debe progresar en el estudio del mismo, para conocer de forma más certera la causa desencadenante del mismo .



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1362

¿NO TODO ES LO QUE PARECE? HALLAZGO CASUAL DE UNA LOE CEREBRAL

S F F, N L G

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

Palabras clave: astrocitoma, loe cerebral, bradilalia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

MC: Diarrea y vómitos. AP: NO RAMC. E. ACTUAL: Mujer de 30 años que acude a urgencias por cuadro de 12 días de evolución de vómitos y diarreas de 4-5 días, sin productos patológicos y hiporexia, y dolor abdominal difuso. No fiebre, viaje reciente a Punta Cana. Tras su regreso y desde hace 48 h presenta tendencia al sueño y lenguaje incoherente. No cefalea ni diplopía ni otros datos de focalidad neurológica. E.F: T°: 36.6°C, FC: 84 lpm, TA: 126/79 mmHg. Sat. O2 basal: 98%. Consciente y orientada en las 3 esferas, lengua saburral, eupneica. Tórax: ACP normal. Abdomen: levemente doloroso a la palpación. MMII: no edemas, no signos de TVP, pp+. E. Neurológica: lenguaje comprensible, bradilalia, PICNR, MOES normales, PCN, Fuerza y sensibilidad conservada, ROT: ++, RCP flexor bilateral, cerebelosas normales. No signos meníngeos. Bioquímica: Glucosa (plasma) * 120, Creatinina 0.74 Sodio 137, Potasio 4.03. Hemograma: Leucocitos 10.00, Hemoglobina 13.6 Plaquetas 262 - Gasometría Venosa: pH 7.39, pCO2 37.00, CO3H * 22.4, EB* -2.20. Lactato venoso 1.00. EVOLUCIÓN: impresiona de gastroenteritis aguda, se deja en observación con sueroterapia iv. Una hora después, esta desorientada, responde a su nombre, no responde a órdenes verbales, la marcha es lenta y arrastra los pies. Persistencia de bradilalia. Se solicita TAC craneal. - Tac: Gran tumoración quística temporoparietal izquierda de 9,2 cm con desviación de línea media y herniación transtentorial. Edema vasogénico la fosa temporal. No hay signos de sangrado. Dado los resultados del TAC, se comenta con Neurocirugía de H. Getafe decidiendo su traslado, se le administra bolo de dexametasona 8 mg iv, se pauta 6 mg cada 8 horas iv y keppra profiláctico 500 cada 12 iv hasta su traslado. Una vez trasladada, se decide intervención quirúrgica 24 h después, realizándose craneotomía temporoparietal izquierda, DIAGNÓSTICO: resultado AP fue de astrocitoma gemistocítico con criterios focales indicativos de astrocitoma anaplásico (grado III de la OMS). EVOLUCIÓN POSTERIOR: se nos remite para valoración de tratamiento adyuvante. la paciente recibe radioterapia de forma concurrente con temozolamida con buena tolerancia. Actualmente en seguimiento por Oncología Médica.

Conclusiones:

Diagnósticos diferenciales: meningitis/encefalitis de cualquier etiología; tumores primarios o metastásicos; absceso intracraneal; hemorragias intracraneales.

P-1363

ACTUACIÓN EN URGENCIAS ANTE UN PACIENTE CON DOLOR DE ESPALDA

Z Salmón González, C Salas Pelayo, E Cobo García,
A Córdoba Alonso, M Lisa Gracia, C Marcote Ibáñez, S Neila Calvo

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras clave: lumbalgia, espondilodiscitis, discitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Objetivos: La espondilodiscitis lumbar (EDL) es una infección del cuerpo y el disco vertebral cuya clínica en fases iniciales se puede confundir fácilmente con otros cuadros de dolor lumbar de causa menor. Es necesario un elevado grado de sospecha clínica para evitar retrasar su diagnóstico. Material o pacientes y método: Varón de 58 años con antecedentes de miocardiopatía dilatada de origen isquémico, SAOS severo y sepsis urinaria tratada correctamente dos meses antes. Acude a Urgencias por un cuadro de dolor lumbar de perfil inflamatorio de mes y medio de evolución con empeoramiento progresivo interfiriendo en los últimos días con las actividades diarias e interrumpiendo el descanso nocturno junto con febrícula los días previos sin acompañarse de otra clínica. En la exploración física únicamente destacaba dolor a la palpación a nivel de apófisis espinosas L2-L3 y cierta debilidad muscular proximal 4+/5 en pierna izquierda sin incontinencia de esfínteres ni otra focalidad neurológica.

Conclusiones:

Resultados: En las pruebas complementarias realizadas a su llegada a urgencias presentaba un hemograma sin leucocitosis ni desviación izquierda con función renal e iones en rango y únicamente destacaba una PCR de 2.3. Radiografía lumbar sin líneas de fracturas ni otros hallazgos significativos. Ante la sospecha de complicación infecciosa se realizó Resonancia Magnética Nuclear (RMN) que confirmó la presencia de espondilodiscitis a nivel de L2-L3 con importante componente de partes blandas que condicionaba estenosis canal lumbar. Tras ser valorado en Urgencias se decide ingreso en M. Interna para completar estudio y tratamiento antibiótico. Conclusiones: El dolor lumbar es una causa frecuente de consulta en los servicios de Urgencias. Una buena anamnesis y exploración física detallada insistiendo en los signos y síntomas de alarma (dolor de características inflamatorias, que interrumpe el descanso nocturno, la presencia de fiebre o exploración neurológica alterada) son fundamentales para orientar el caso. Las pruebas de laboratorio pueden ayudar, pero siempre teniendo en cuenta que, la ausencia de leucocitosis o unos reactantes de fase aguda normales no excluyen el diagnóstico, si la sospecha clínica es elevada.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1364

COMPRESIÓN MEDULAR EN UN NIÑO DE 8 AÑOS

**B Gil Haro, RM Prados Losa, M Colmenero Hernández,
S Guardado Gonzales, M Broncano González,
V Fernández Bedoya, JF Pérez-Regadera Gómez**

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Palabras clave: compresión, médula, radioterapia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

La compresión de la médula espinal (CM) es la segunda complicación neurológica en los pacientes oncológicos, siendo su incidencia del 5%. Los autores describen un caso de CM en un paciente oncológico. Se trata de un varón de 8 años con diagnóstico reciente de melanoma estadio IV con metástasis en pulmones, hígado, páncreas, esqueleto óseo, bazo, riñón izquierdo y fosa isquiorrectal derecha. Acude a Urgencias por un cuadro de unas horas de evolución de debilidad muscular en miembros inferiores. A la exploración presenta disminución de fuerza activa en ambos miembros con marcha en arrastre. Se realiza una resonancia magnética de columna urgente en la que se describe a nivel de L4 una masa con invasión intrarraquídea epidural con afectación del foramen neural derecho de L4-L5 (compromiso radicular de L4). En ese momento se inicia tratamiento con dexametasona. Valorado por Neurocirugía, se desestima tratamiento quirúrgico. Evaluado por Oncología Radioterápica se decide radioterapia (RT) urgente, que se inicia en menos de 24 horas. Recibe RT sobre un volumen que engloba L3-S1, se prescribe una dosis total de 30 Gy con un fraccionamiento de 5 sesiones/semana (3 Gy/sesión). Presenta evolución favorable sin datos de progresión neurológica. Posteriormente, se inicia tratamiento con Nivolumab. Dos meses más tarde, acude de nuevo a Urgencias por empeoramiento de su estado general con vómitos y dolor dorsolumbar. Ingresa y se realiza PET-CT en el que se describe importante progresión tumoral con metástasis de nueva aparición en cerebro, mesenterio y silla turca, además, a nivel de D8 se objetiva metástasis con invasión del canal espinal e impronta medular. Se planifica de nuevo RT de forma urgente sobre D7-D9, iniciándose el tratamiento en las primeras 24 horas, administrándose una dosis total de 30 Gy (10 sesiones de 3 Gy). El paciente no presenta datos de progresión a nivel neurológico, persistiendo únicamente dolor lumbar leve y parestesias autolimitadas.

Conclusiones:

La CM constituye una urgencia médica oncológica ya que un retraso en el manejo terapéutico puede suponer déficits neurológicos irreversibles, implicando un empeoramiento en la calidad de vida y una disminución en la supervivencia.

P-1366

LO QUE EL SÍNTOMA MÁS BANAL ESCONDE

**E Espíldora de Ancos, JC Segundo Rodríguez,
JL Menéndez Gómez, JE Olalla Linares, MA López Varas,
R Rubio Díaz, S García García**

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

Palabras clave: inestabilidad, tetraparesia, parada cardiorrespiratoria

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

CASO CLÍNICO: Varón de 62 años, acude a Urgencias por cuadro de 1 mes de evolución consistente en malestar general, mareo tipo inestabilidad, que añade, hace 48h, debilidad en extremidades que le impide adquirir la bipedestación, deambular o la manipulación de objetos, además de somnolencia y pobre reactividad a estímulos en las últimas 24h. Interrogado por síntomas sistémicos refieren fiebre (39°C) y tos hace 15 días. Valorado en Urgencias hasta en dos ocasiones en las semanas previas, presentó exploraciones general/neurológica y pruebas complementarias normales, siendo dado de alta con los diagnósticos de hipoglucemia secundaria a tratamiento insulínico en paciente con hiporexia, y mareo inespecífico, respectivamente. **EXPLORACIÓN FÍSICA:** Regular estado general, eupneico, afebril y hemodinámicamente estable. Neurológicamente destaca tendencia al sueño (GCS 14), disartria, oftalmoparesia de III y VI bilateral, diplegia facial, tetraparesia flácida de 3/5 con ROT abolidos universalmente, sin alteraciones sensitivas ni nivel medular. Resto anodino. Durante su estancia en Urgencias presenta deterioro súbito del nivel de consciencia (GCS 3) y parada respiratoria, precisando intubación orotraqueal e ingreso en UVI. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Analítica general, RX tórax, EKG, TC craneal y angioTC sin alteraciones. Punción lumbar: hiperproteínorraquia leve sin leucocitosis. **JUICIO CLÍNICO:** Parada respiratoria en paciente con cuadro subagudo de ataxia, oftalmoplejia y tetraparesia arrefléctica como manifestaciones de polirradiculoneuropatía aguda inflamatoria tipo Miller-Fisher.

Conclusiones:

El síndrome de Miller Fisher (SMF) es la variante más frecuente del síndrome de Guillain Barré (SGB). Se caracteriza por la tríada clínica de oftalmoplejía parcial o completa, ataxia sensitiva y arreflexia. Es excepcional la complicación con insuficiencia respiratoria, pero cuando ésta se presenta asociada a paresia en los miembros se interpreta como solapamiento entre SMF y SGB. En el 72% de los casos de SMF existe un precedente infeccioso respiratorio. El diagnóstico se basa en la existencia en suero de títulos elevados de anticuerpos antigangliósidos anti-GQ1b tipo IgG y disminución o ausencia de la amplitud de los potenciales de acción sensitivos distales en el estudio electroneurofisiológico. El tratamiento con inmunoglobulinas y plasmaféresis parece acelerar la recuperación, y el pronóstico depende del tiempo de instauración del cuadro y de la celeridad de inicio del tratamiento.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1367

SORPRENDENTE COMPLICACIÓN TRAS COLONOSCOPIA

**E Cobo García (1), C Salas Pelayo (1), S Neila Calvo (1),
M Lisa Gracia (1), P Hernández Martínez (1),
G Martínez de las Cuevas (1), R Carrio Esteve (2)**

(1) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

(2) Hospital Universitario La Ribera. Valencia

Palabras clave: abdominal pain, endoscopy, bleeding

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 71 años que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal. Como Antecedentes personales destaca HTA de larga evolución en tratamiento farmacológico, Herniorrafia inguinal bilateral y resección de pólipos adenomatosos en el 2012. Enfermedad Actual: El paciente refiere dolor abdominal difuso, que comenzó tras realizar colonoscopia la tarde anterior, refiere además sensación de distensión abdominal, así como estreñimiento desde la realización de dicha prueba. A la exploración física destaca hipotensión marcada (TA 60/40 mmHg) bien tolerada sin dolor torácico, ni disnea. Fc 90 lpm, Saturación de Oxígeno 94% (basal). A. Cardíaca rítmica sin soplos, A. Pulmonar con murmullo vesicular conservado Abdomen distendido, timpánico a la percusión con dolor a la palpación profunda de forma difusa, con defensa a la exploración. Blummburg negativo. RHA ausentes. Pulsos femorales presentes. Ante la sospecha de una perforación intestinal se solicita analítica completa, Rx. Abdomen con cúpulas diafragmáticas y se inicia sueroterapia Intensa junto con analgesia. En la analítica destaca Fallo renal agudo con Creatinina de 3,31 mg/dl, Urea 75 mg/dl, resto de bioquímica y hemograma normal. En la Radiografía de Abdomen se observa distensión de asas de intestino delgado y grueso, sin aire libre. Ante la persistencia de Hipotensión marcada a pesar de fluidoterapia intensa se solicita TC abdominal donde se objetiva gran laceración esplénica, con probable gran hematoma periesplénico y hemoperitoneo. Se comenta caso con cirugía general, y de acuerdo con el servicio de urgencias se realiza embolización.

Conclusiones:

El riesgo de complicaciones tras una colonoscopia es bajo. En una revisión de 12 estudios donde se realizaron 57,742 colonoscopias de screening complicaciones serias se produjeron en 2,8 por cada 1000 técnicas. Siendo las más frecuentes, complicaciones secundarias a la preparación (alteraciones electrolíticas), perforación y sangrado a nivel de polipectomía. Debemos ser cautos ante un paciente con hipotensión marcada tras un procedimiento invasivo, a pesar de que analíticamente no haya alteraciones.

P-1368

UNA MAMA SE VIENE ARRIBA

**E Prado Fernández, A López Alonso, C Longo Alonso,
L Rivera García, P Cuesta Rodríguez, A Langa Fernández,
S Charro Alonso**

Hospital de Cabueñes. Gijón

Palabras clave: breast neoplasms, neoplasm metastasis, neck pain

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 40 años que acude a Urgencias por dolor cervical no irradiado, de dos meses de evolución, con aumento progresivo en la intensidad hasta no permitir el descanso nocturno en la última semana. Asocia disfagia. Valorada por este servicio en dos ocasiones, con pruebas complementarias normales y diagnóstico de cervicalgia, a tratamiento con antiinflamatorios, analgésicos y relajantes musculares sin mejoría. Antecedentes personales: Exfumadora. Carcinoma ductal de mama bilateral (2010) tratada con quimioterapia, radioterapia y cirugía, dada de alta por Ginecología. Exploración física: Trismus mandibular. Adenopatía submaxilar derecha pétreo. Exploración neurológica normal. Resto normal. Radiografía cervical: lesión lítica que afecta al cuerpo vertebral de C2 con luxación de apófisis odontoides. Lesiones de aspecto lítico en C3 y C4. Aumento de partes blandas prevertebrales con disminución de calibre de la luz de la vía aérea. Ante estos hallazgos, la paciente ingresa en Medicina Interna. Se completan estudios demostrándose un adenocarcinoma metastásico de origen mamario con afectación ósea múltiple, micronódulos pulmonares y compresión medular a nivel cervico-dorsal. Actualmente la paciente está recibiendo hormono y radioterapia, analgesia con opiáceos, y porta collar Philadelphia y corsé tipo Jewett.

Conclusiones:

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer, alrededor del 75% presentarán alguna metástasis ósea durante su evolución. El esqueleto axial es el principalmente afectado, presentando mayor afinidad por la columna vertebral, como es el caso de nuestra paciente. Existe un período de latencia entre el comienzo de la destrucción ósea y la aparición de los primeros signos radiológicos, debiendo comprometerse entre un 40-50% del tejido óseo para que la lesión sea visible en la radiología, siendo el dolor un síntoma muy precoz. En nuestro caso, debemos mantener una alta sospecha diagnóstica dadas las características del dolor, su persistencia a pesar de tratamiento analgésico, e incluso empeoramiento, y sobre todo los antecedentes personales de enfermedad maligna.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1370

ROTURA ARTERIAL AGUDA... ¿NUESTRO PEOR ENEMIGO?

MC Lahoza Pérez, D Sáenz Abad, M Jordán Domingo,
I Murillo Díaz de Cerio, M Muñoz Pintor, MG España Arita,
V Blanco Alvarado

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Palabras clave: aneurisma, síndrome aórtico agudo, shock

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Caso 1: Mujer de 46 años migrañosa. Consulta por cefalea brusca sin signos de alarma. Exploración normal. Iniciamos analgesia y sufre deterioro brusco del nivel de consciencia pasando a Glasgow 8. Se intuba y solicita TC urgente (extensa hemorragia subaracnoidea e intraparenquimatosa) y angio-TC (aneurismas en carótidas internas y cerebral media). Arteriografía urgente en la que sufre coma arreactivo y muerte encefálica. Caso 2: Varón de 54 años hipertenso. Consulta por dolor dorsolumbar tras movilizar muebles. TA 180/95 y afectado por el dolor. Se inicia analgesia precisando opiáceos. Bruscamente presenta hipotensión arterial (75/42). Se administran cristaloides y dopamina solicitando TC-toracoabdominopélvico con contraste que confirma disección completa de aorta desde su salida hasta las ilíacas). Deterioro hemodinámico progresivo, traslado a quirófano (Figura-6) y éxitus. Caso 3: Varón de 43 años sin antecedentes. Consulta por dolor abdominal brusco y síncope del que se recupera. Consciente, orientado, eupneico, mal perfundido e hipotenso (85/44). Dolor y defensa en hemiabdomen izquierdo con peristaltismo ausente. Se inician cristaloides. Se exploran minuciosamente los pulsos periféricos (asimetría con masa pulsátil inguinal izquierda). Se solicita TC-toracoabdominopélvico con contraste evidenciando hemorragia activa retroperitoneal por aneurisma ilíaco gigante roto. Se estabiliza e interviene con evolución satisfactoria. El estudio anatomopatológico de la pieza informa de enfermedad de Ehlers-Danlos. JUICIO CLÍNICO: Patología aórtica aguda a diferentes niveles. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Migraña/cefalea tensional (caso 1), dolor osteomuscular (caso 2), shock de causa abdominal (isquemia mesentérica, perforación viscera, sepsis abdominal?) (caso 3). EVOLUCIÓN: Aunque afectados por patologías letales, el retraso diagnóstico influyó negativamente en la evolución de los dos primeros mientras la precocidad del diagnóstico fue clave en el buen resultado del tercero.

Conclusiones:

La patología arterial aguda complicada es uno de los peores enemigos a los que podemos enfrentarnos. La localización es determinante en el pronóstico (roturas de cualquier arteria intracraneal o aorta asocian mayor mortalidad). A pesar de la gravedad extrema de esta situación, la precocidad en el diagnóstico y tratamiento son claves para aumentar la supervivencia. Conviene recordar que en ocasiones la sintomatología inicial es larvada y poco florida y que puede presentarse en jóvenes sin antecedentes.

P-1371

DOCTOR, ¿ME DUELE LA ESPALDA!

A Delgado de Paz (1), C García Morrás (2), P Gutiérrez García (3),
A Portela Martín (3), Y González Silva (4), S Díez Morales (4),
T Gómez González (4)

(1) CS Plaza del Ejército. Valladolid, (2) Hospital Universitario del Río Hortega (Valladolid), (3) CS Parque Alameda. Valladolid, (4) CS Plaza del Ejército. Valladolid

Palabras clave: hemiparesia (C10.597.636), hematoma espinal epidural (C23.550.414.838.355), compresión de la médula espinal (C10.228.854.761)

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 61 años trasplantada renal (trombosis del injerto) en diálisis peritoneal por glomerulonefritis, ceguera derecha por trombosis vena central retina, hiperhomocisteinemia, anticoagulada con Sintrom. Desde hace 4 horas, estando sentada y sin causa aparente, presenta dolor intenso en región escapular derecha, niega dolor precordial, disnea, palpitaciones o cortejo vegetativo. Exploración normal, Rx tórax y charnela dorso-lumbar sin alteraciones agudas, ECG sin hallazgos, y AS con coagulación, dímero D y enzimas cardíacas normales. Durante su estancia en urgencias refiere entumecimiento del brazo derecho con irradiación a zona cervical. Reexploración: PA similar en cuatro extremidades, no signos menígeos, se pone de manifiesto leve alteración fuerza 4/5 en ESD que se asume como secundaria al dolor. Al palpar zona escapular derecha encontramos punto gatillo doloroso, que reproduce el dolor referido por la paciente. Finalmente, se evidencia mejoría clínica y alta con diagnóstico de dorsalgia mecánica. Cinco días después acude de nuevo a urgencias porque progresivamente observa debilidad en mano derecha y dificultad en movilidad de pierna derecha, que arrastra al andar. Desde entonces el cuadro está estable con plejía de MID y paresia distal de mano derecha, gran limitación por dolor en columna a nivel cervical bajo-dorsal alto, además hipoestesia desde D2. Se solicita AS con coagulación y TAC cerebral, que son normales, sumado a los hallazgos clínicos, se sospecha Síndrome de compresión medular agudo. Se realiza RMN cérvico-dorsal urgente observándose hematoma epidural dorsal C6-D1 (en paciente anticoagulada). Se administran corticoides para reducir el edema medular y posteriormente se evacua mediante laminectomía, presentando recuperación clínica parcial.

Conclusiones:

El Síndrome Medular Agudo es un conjunto de síntomas y signos motores, sensitivos y/o autonómicos de presentación aguda o subaguda y sugestivos de disfunción de los nervios espinales, donde existe una disminución o ausencia de sensación (nivel sensitivo) o movimiento (nivel motor). La compresión medular aguda es una urgencia neurológica que puede ser causa de discapacidad y de compromiso vital, requiere un diagnóstico y tratamiento rápidos para prevenir el daño medular irreversible. Una correcta historia clínica con anamnesis detallada y exploración neurológica completa hará sospechar el diagnóstico, la RM de columna es la prueba diagnóstica de confirmación.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1372

ROTURA DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

R Vallejo Hernández, AM López Llerena, MP Ortega Mercader,
FJ Favá García, E Mora Bastante

Hospital El Escorial. Madrid

Palabras clave: hematuria, presíncope, disección aorta

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

OBJETIVOS: El objetivo de este caso es demostrar la dificultad diagnóstica ante una rotura de aneurisma abdominal y la importancia de su diagnóstico precoz por la elevada morbimortalidad de esta patología. **Material o pacientes y método:** Varón de 78 años con antecedentes de HTA, DL, exfumador de 15 cig/día y polimialgia reumática, en tratamiento con Valsartán, Sinvastatina y Prednisona. Acude a Urgencias por episodio de mareo inespecífico sin pérdida de conocimiento hace 15 minutos mientras caminaba. Refiere sensación súbita de malestar general y náuseas con inestabilidad de la marcha, precedido de dolor en región lumbar derecha que atribuye a su polimialgia con recuperación espontánea a los pocos minutos. No relajación de esfínteres. No vómitos. Diaforesis intensa. No dolor torácico. No disnea. No dolor abdominal. No SD. Miccional, aunque refiere hematuria desde hace 15 días. En la exploración física destaca TA: 65/45 mmHg, resto constantes normales. REG, palidez mucocutánea. Bien hidratado, nutrido y perfundido. Eupneico. Neurológico normal, ACP normal. **ABDOMEN:** RHA+ presentes. Blando, depresible. Doloroso a la palpación de HCD, flanco y FID sin defensa. No masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. PPRB-. MMII: Pulsos presentes y simétricos. No signos de TVP. No edemas. Entre las pruebas complementarias: ECG, Analítica con perfil hepático, RX-TÓRAX Y ABDOMEN: con resultados normales, salvo PCR 10,3. Se decide realizar ECOGRAFÍA Y TAC ABDOMINAL que muestran hallazgos de rotura aguda de aneurisma abdominal de 9 cm de diámetro con extensión de la hemorragia a retroperitoneo derecho.

Conclusiones:

RESULTADOS: Se pone tto con SSF y se estabiliza clínica y hemodinámicamente al paciente. Se traslada a Hospital de Referencia con Diagnóstico de Aneurisma Abdominal Roto. El paciente muere durante el traslado antes de ser intervenido. **CONCLUSIONES:** El aneurisma abdominal es una patología poco frecuente pero con alta morbimortalidad. Exige un diagnóstico precoz mediante el cual puede llevarse a cabo un tratamiento quirúrgico con buen resultado y mínimo riesgo. El diagnóstico puede ser difícil, ya que la tríada de dolor abdominal súbito, hipotensión y masa pulsátil solo está presente en la mitad de los casos. Ante la sospecha de rotura aneurismática hay que controlar TA y FC y trasladar a unidad de cirugía cardiovascular.

P-1373

A PENSAR...

LM Yaguez Jiménez (1), LB Yaguez Mateos (2), MP Lora Coronado (1)

(1) Hospital de Jaén, (2) Hospital Reina Sofía. Córdoba

Palabras clave: depression, hypothyroidism, coma

Historia clínica:

Mujer de 46 años sin AMC, síndrome depresivo, hipotiroidismo subclínico, migraña mala cumplidora de tratamiento. Es traída a Urgencias tras ser encontrada por los familiares dormida sin poderla despertar, indican que la noche anterior había tomado dos comprimidos de lormetazepam por insomnio y migraña. Llega en situación de coma y pasa a consulta de críticos. Se realiza analítica completa, tóxicos en orina, TAC craneal dentro de la normalidad. Tras administrar flumazenilo sin respuesta clínica se decide avisar para valoración por UCI. La paciente ingresa en Cuidados intensivos y tras estabilización hemodinámica, uso soporte ventilatorio se decide comenzar tratamiento con hidrocortisona y T4, pues la familia señala de nuevo el mal incumplimiento terapéutico, con mejoría de parámetros hemodinámicos y estado de conciencia, llegando a la conclusión y posterior confirmación con datos de laboratorio de que se trataba de coma mixedematoso. El diagnóstico de la causa de un coma es, con frecuencia, un proceso complejo, por lo que realizar una buena anamnesis y exploración física será clave para desarrollar con éxito un correcto diagnóstico diferencial. El coma puede ser producido por lesiones estructurales (supratentorial e infratentorial) o por alteraciones difusas toxico-metabólicas. Por lo que ante un paciente inconsciente, es de vital importancia recoger toda la información posible de familiares y testigos sobre enfermedades asociadas y TCE, curso temporal de la alteración de conciencia, manifestaciones iniciales y el lugar y las circunstancias donde se encuentra al paciente, así como cuestiones relativas al consumo de fármacos o a la exposición a tóxicos.

Conclusiones:

El coma mixedematoso es un síndrome raro y representa la máxima expresión del hipotiroidismo severo. Es una emergencia médica, con una mortalidad que puede llegar hasta un 60%, a pesar de un diagnóstico y tratamiento temprano. Se decide presentar el caso aunque su baja frecuencia, por la alta tasa de mortalidad, precisando una alta sospecha clínica y tratamiento inmediato del paciente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1374

ME PESA EL PÁRPADO Y VEO DOBLE

MR Frías Hervás (1), VE Fermín Ramírez (2), B López Benítez (1), MY Orellana Gómez (2), JM Sánchez Hernández (2), MA Salinero Jiménez (3), M Martín Sánchez (3)

(1) Centro de Salud Ávila Sur Oeste. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, (2) Centro de Salud Ávila Estación, (3) Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila

Palabras clave: cefalea, diplopía, metástasis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 31 años sin antecedentes de interés. Consulta por cefalea frontal izquierda progresiva, opresiva, de intensidad variable. En los últimos días le despierta por la noche. Asocia sonofobia, fotofobia, diarrea y vómitos. Es valorada en Urgencias objetivándose anemia microcítica hipocrómica en la analítica. Se administra analgesia y transfusión sanguínea, recomendándose al alta el estudio de forma preferente del origen de la anemia. Al día siguiente consulta de nuevo por persistencia de la cefalea y aparición de ptosis palpebral izquierda con diplopía binocular. Refiere astenia desde hace meses, sin pérdida de peso. Afebril. Constantes estables. Palidez mucocutánea y aspecto caquéctico. Resto de exploración anodina. Exploración neurológica: ptosis completa del ojo izquierdo, diplopía binocular que desaparece al ocluir un ojo. Restricción en elevación y abducción del ojo izquierdo. Resto de exploración sin alteraciones. Analítica: Anemia microcítica hipocrómica (Hb 9 g/dl). Resto de hemograma normal. Coagulación, Bioquímica y PCR normal. Se solicita TAC cerebral que evidencia adenopatías patológicas supraclaviculares y mediastínicas y masa selar con compresión del seno cavernoso izquierdo. Se ingresa en Neurología para completar el estudio. RM cerebral: metástasis óseas en seno cavernoso y ala mayor de esfenoides derecho. Se realiza TAC toraco-abdominopélvica, BAG de adenopatía cervical y gastroscopia con biopsia, llegando al diagnóstico de carcinoma gástrico pobremente diferenciado metastásico. Tras varias sesiones de quimioterapia la paciente fallece a las 6 semanas del diagnóstico debido a una hemorragia subdural con efecto expansivo con herniación y coma. Diagnóstico: Carcinoma gástrico pobremente diferenciado estadio IV Diagnóstico diferencial: accidente isquémico cerebral, aneurisma seno cavernoso, meningioma, adenoma hipofisario, metástasis cerebrales.

Conclusiones:

Es frecuente que el carcinoma gástrico se mantenga clínicamente silencioso, encontrándose en el momento del diagnóstico en fase evolutiva avanzada. La afectación neurológica por metástasis óseas en seno cavernoso puede no diagnosticarse hasta ser visibles en pruebas de imagen, y por tanto, haber adquirido un cierto tamaño. Los signos y síntomas de estas metástasis son los típicos de cualquier lesión ocupante de espacio en esta localización, incluyendo cefalea y afectación de pares craneales oculomotores. El tratamiento en este estadio tiene una finalidad paliativa, valorando cirugía, radioterapia o quimioterapia paliativas si el estado general del paciente lo permite.

P-1375

SÍNDROME EMÉTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

AB Cruz Alcaide, M Villalba Calvente, SH Constenla Ramos, R Calvo Rodríguez, JM Torres Murillo

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Palabras clave: dolor abdominal, vómitos, hernia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Se trata de una mujer de 56 años, sin antecedentes de interés ni intervenciones quirúrgicas, que consulta en urgencias por presentar desde hace 2 días dolor abdominal de tipo cólico generalizado, acompañado de vómitos, con hábito intestinal conservado. A la exploración presenta: buen estado general, taquicárdica, con dolor a la palpación profunda de hipogastrio. Se realiza hemograma, bioquímica, coagulación, donde destaca leucocitosis de 15.900 con un 77 % de neutrófilos. Radiografía de abdomen y tórax, sin hallazgos patológicos. La paciente avisa en varias ocasiones por continuar con vómitos reiterados, incluso encontramos a la paciente autoprovocándose el vómito en el baño. Evolución, se ingresa a la paciente en observación donde presenta cuadro de inestabilidad hemodinámica, la paciente refiere dolor abdominal intenso irradiado hacia la espalda. Se realiza nueva analítica, donde se ha corregido la leucocitosis, destacando una procalcitonina de 2,6 y una proteína C reactiva de 40. Se traslada a unidad de cuidados intensivos por cuadro de shock de origen abdominal. Angio tac toracoabdominal: no hallazgos de patología aórtica aguda, hernia inguinal derecha complicada con asa de íleon distal en su interior condicionando distensión y dilatación retrógrada de asas de intestino delgado. Se realiza intervención quirúrgica de urgencia: hernia inguinal directa encarcerada que se reduce.

Conclusiones:

Las hernias inguinales directas el contenido abdominal (intestino delgado) pasa a través de una debilidad de la musculatura abdominal. Son las menos frecuentes, siendo un 0,5 % de las hernias inguinales. Es fundamental realizar una buena exploración física y un buen diagnóstico diferencial del síntoma guía en urgencias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1376

SÍNDROME DE WILKIE O SÍNDROME DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR

M Villalba Calvente (1), SH Constenla Ramos (2), AB Cruz Alcaide (2), R Moyano García (2), J Torres Murillo (2), R Calvo Rodríguez (2), I Molina Delgado (3)

(1) Hospital Universitario Reina Sofía, (2) Hospital Universitario Reina Sofía, (3) 061 Servicio Provincial Córdoba. Córdoba

Palabras clave: dolor abdominal, arteria mesentérica, laparotomía

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Se presenta el caso de un varón de 27 años sin antecedentes de interés que acudió al Servicio de Urgencias en 5 ocasiones durante un año por dolor en hipocondrio derecho tras la ingesta de alimentos irradiado a hipocondrio izquierdo a los 15 minutos aproximadamente y no cede con analgesia habitual necesitando en múltiples ocasiones de la administración de morfínicos. Empeora con el decúbito supino y mejora con el lateral izquierdo asociándose a náuseas y alternando periodos de estreñimiento con diarrea. El paciente refiere pérdida de peso de aproximadamente 8 kg en este periodo así como ligera disminución de la diuresis. A la exploración, presenta afectado estado general con dolor a la palpación profunda sobre epigastrio y dolor en resto de abdomen sin signos de irritación peritoneal. Se procede a alta en las cuatro ocasiones previas por normalidad en las pruebas. Se realiza hemograma, bioquímica y coagulación con valores dentro de la normalidad alterándose en la última de forma leve la urea y creatinina. Radiografía de tórax y abdomen sin hallazgos patológicos. ECO abdominal de urgencias: Barro biliar. El paciente ante la persistencia de los síntomas ingresa en observación y en el Servicio de Digestivo. Marcadores biológicos: CEA, CA 19.9, Ca 125, Ca 15-3, B2- microglobulinemia y AFP normales. Parásitos en heces, serologías, tránsito intestinal, colonoscopia y Endoscopia digestiva alta sin alteraciones. Posteriormente se realiza laparotomía exploradora con mínima dilatación de la primera porción duodenal y descubriéndose Obstrucción extrínseca de la tercera porción del duodeno.

Conclusiones:

El Síndrome de Wilkie es una entidad infrecuente (0,2 al 1% en diversos estudios radiológicos). La AMS se origina de la arteria aorta a nivel de la primera vértebra lumbar (L1). El ángulo aorto-mesentérico normal en adultos es entre 40 y 50 grados.

P-1378

EL HIPERFRECUENTADOR AL QUE TODO LE DOLÍA QUE FALLECIÓ SIN DOLOR. UNA NEOPLASIA INESPERADA

M Montes Luna, P Cuenca Orts, P Navarro González, R García Moyá, A Pérez Martínez, J Lull Sala, M Blasco Pardos

Hospital Francesc de Borja. Gandía, Valencia

Palabras clave: health services misuse, medical overuse, palliative care

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 66 años remitido por su médico por edematización y dolor en miembro inferior izquierdo (MII) de una semana de evolución. Además, refiere dolor abdominal en cuadrantes superiores, orinas muy oscuras, sensación distérmica y disúria. Antecedentes: Hipertensión desde 1994, consultas: 596 atención continuada, 434 médico familia, 8 psicóloga, 4 psiquiatra, 19 trabajadora social, 342 visitas a urgencias hospitalarias, por algias múltiples, crisis de ansiedad y tanatofobia con temor a infarto de miocardio. Fumador activo, ludópata. Trastorno ansioso-depresivo y de la personalidad no especificado de larga evolución, sin seguimiento por Salud Mental por asistencia irregular y largos periodos de no tratamiento, diabético e hipertenso, hemorragia subaracnoidea traumática y prótesis cadera tras accidente tráfico. Mala situación socio-familiar. En centro de acogida. Dificultades para inserción laboral, incapacidad permanente total, grado minusvalía 33%. TA 97/55 mmHg, T°36°, FC 98 lpm, SatO2 97%. Regular estado general, consciente y orientado, lenguaje normal sin focalidad neurológica. Tinte icterico. Eupneico. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen difusamente doloroso a la palpación, sin masas ni visceromegalias. MII edematizado hasta muslo, fovea con Homans dudoso. Signos de insuficiencia venosa periférica con cianosis y frialdad distal. Pulso arterial difícilmente palpable. En analítica: insuficiencia renal aguda, hiponatremia, hiperpotasemia, hiperbilirrubinemia, aumento reactantes fase aguda, leucocitosis con desviación izquierda, hipercoagulabilidad, plaquetopenia y elevación Dímero D 16.454ng/mL. En Ecografía-Doppler MII, trombosis venosa profunda en venas femoral común y superficial. Ingresado en Medicina Interna para estudio y tratamiento, se detecta elevación marcadores tumorales (CEA, CA 125, CA 19.9) y empeoramiento clínico-analítico, solicitándose TAC Abdomino-Pélvico hallándose masa de 7x6x5cm en cola pancreática, metástasis y carcinomatosis peritoneal. Dado el estadio avanzado de la neoplasia pancreática, su deterioro clínico-analítico y problemática social, se desestima completar estudio histológico y tratamiento y se decide tratamiento paliativo, falleciendo el paciente en 6 días.

Conclusiones:

Nuestro paciente había aumentado la frecuencia de consulta en los últimos meses a urgencias. Nos planteamos si este será el caso de otros de nuestros pacientes hipertensivos con patología psiquiátrica, aunque se estima que la tasa de mortalidad en estos es baja (alrededor 5%). Debemos prestar atención ante cambios en su uso de los recursos y sus motivos de consulta.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1379

GUILLAIN-BARRÉ FULMINANTE, LA PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UN CASO

V Fernández Rodríguez, A Alonso Morilla, N Iribarren Lorenzo

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Palabras clave: quadriplegia, Guillain-Barré, syndrome, locked in syndrome

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 58 años que acude a urgencias a las 8h refiriendo sensación de glosodinia en las 48 horas previas, siendo alta con diagnóstico de glositis. Reacude a las 2 horas porque comenzó a notar pérdida de fuerza en el pie izquierdo, tropezando al subir escalones, la exploración muestra hipoestesia de pierna izquierda de predominio distal, fuerza conservada y dificultad para la extensión de los dedos de los pies. Ante la repentina instauración es valorada por Neurología que la diagnostica de neuropatía periférica, probablemente del ciático poplíteo externo. A las 19 horas acude nuevamente con empeoramiento por afectación de todo el hemicuerpo izquierdo y disartria. La exploración muestra hipoestesia braquio-crural izquierda y desviación de la úvula al lado izquierdo. Se realiza angioTC cerebral y de troncos y analítica (normales). Ingres a con diagnóstico de probable patología troncoencefálica pendiente de filiar, objetivándose a lo largo de la noche empeoramiento progresivo: disartria severa, secreciones, no moviliza la lengua, asimetría facial, tetraparesia simétrica, disminución del nivel de consciencia y finalmente parada cardiorrespiratoria que precisa maniobras de RCP avanzada. En este momento se sospecha una neuropatía disimmune aguda iniciándose tratamiento con inmunoglobulinas. Se ingresa a la paciente en UVI solicitándose nuevos estudios: Punción lumbar, RMN cerebral y EEG (normales). Determinación de autoanticuerpos positiva para antiGAD y EMG confirman diagnóstico de Guillain Barré (síndrome cautiverio-like). Se añade al tratamiento megadosis de corticoides y plasmáferesis pese a lo cual no se objetiva mejoría.

Conclusiones:

El síndrome de Guillain Barré es una polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda de origen desconocido. Su fisiopatología no está completamente aclarada, se señala que un agente (infeccioso, vacunación o cirugía) desencadena una respuesta inmune con destrucción de la vaina de mielina. Es una de las causas más frecuentes de parálisis flácida aguda del mundo, con evolución rápida y potencialmente fatal, si bien la mortalidad global está entre el 3-8%. En muy raras ocasiones se puede presentar como síndrome de enclaustramiento, pudiendo llegar al diagnóstico erróneo de muerte cerebral, siendo en estos casos el EEG, los antiGAD positivos y la disociación albuminocitológica en LCR los que permiten realizar el adecuado diagnóstico diferencial, como en este caso.

P-1380

ELEVACIÓN DE PCR Y PCT EN UN CASO DE INTOXICACIÓN POR SETAS

D Escalada Pellitero (1), P González Recio (2), I Ariño Pérez de Zabalza (3), S Escalada Pellitero (3), JJ García Mendoza (1), I Galilea Zabalza (4)

(1) C.S. San Juan. Pamplona, (2) Complejo Hospitalario de Navarra, (3) Hospital San Pedro. Logroño, (4) C.S. Tafalla. Navarra

Palabras clave: procalcitonin, gastrointestinal diseases, agaricales

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 36 años, sin antecedentes de interés, acude a Urgencias por cuadro de malestar, vómitos y diarrea iniciado 1 hora después de la ingesta de un hongo de color rojizo. En domicilio ha tomado Omeprazol y Metoclopramida, con leve mejoría. Durante la evaluación inicial destaca el grado de afectación de la paciente. TA 109/90 mmHg, FC 106 lpm, afebril, eupneica con SatO2 98%. Aumento del peristaltismo abdominal, sin otros hallazgos destacables en la exploración. Las radiografías de tórax y abdomen son normales, y la analítica de sangre muestra una mínima elevación de PCR (6,1). Gasometría venosa normal. Se inicia tratamiento sintomático con Metoclopramida y cristaloides iv. Se ingresa en Observación para tratamiento sintomático. Se recogen muestras para coprocultivo y examen parasitológico, que serán negativas. Ya en observación el estado general mejora, iniciándose la tolerancia oral. Sin embargo, de los resultados del control analítico (12 horas tras la ingesta) destaca una gran elevación de biomarcadores inflamatorios (PCR 147.6 y PCT 51,94), leucocitosis de 18000, normalidad del perfil hepático y resto de parámetros. Se decide mantener en Observación y reinterrogar. La paciente asegura haber consumido un único hongo en una única toma. Los síntomas gastrointestinales se inician 1 hora tras la ingesta. El siguiente control analítico muestra elevación de los biomarcadores (PCR 206.4 y PCT 57.34) y leucocitosis 19000, resto de parámetros normales. El estado general continúa mejorando.

Conclusiones:

Se realiza una búsqueda bibliográfica, hallando una serie de 7 casos de elevación de biomarcadores tras ingesta de setas tóxicas, concretamente *Bolletus satanas*. La paciente nos muestra fotos de la seta que ha consumido, que sería compatible con este hongo. Tras unas horas, se realiza nuevo control analítico con descenso de los marcadores. El estado general ha mejorado notablemente, por lo que se decide alta con diagnóstico de Síndrome Gastrointestinal Puro tras ingesta de setas de periodo de incubación corto (probable *B. satanas*). La procalcitonina es un marcador útil en infecciones bacterianas graves. Se han descrito muy pocos casos en que se eleve tras consumo de hongos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1381

VÉRTIGO Y NISTAGMO

JC García Ortiz, I de La Yeza Ferrón, J Montilla Santana

Hospital de Jerez. Jerez de la Frontera, Cádiz

Palabras clave: ocular motility disorders, vertigo, emergency service, hospital

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 62 años acude a servicios de Urgencias por sensación vertiginosa, inestabilidad para la marcha y nistagmo. El paciente no mejora con tratamiento sintomático indicado por lo que acude en varias ocasiones. Como antecedentes no tiene alergias medicamentosas conocidas. Exfumador importante. Fibrilación auricular, HTA e insuficiencia renal estadio IIHV. Aneurisma de aorta torácica con endoprótesis vascular en seguimiento por Cirugía Cardiovascular. A su llegada el paciente se encuentra eupneico y afebril. Ligera palidez cutánea. Bien hidratado y perfundido. Saturación basal 98 %. TA 123/80. ACP: corazón arrítmico con frecuencia ventricular controlada. MVC: abdomen y miembros inferiores sin hallazgos. Exploración neurológica: consciente, orientado y colaborador. Ligera disartria. Movimientos oculares arrítmicos y caóticos, con componente horizontal, vertical y rotacional. Marcha atáxica, con aumento de la base de sustentación. No presenta mioclonías. Pruebas complementarias Analítica con hemograma, coagulación y bioquímica y sedimento de orina normales. Rx torax sin imágenes condensantes ni otros hallazgos patológicos. TC craneal: imagen hipodensa en ganglios basales compatible con lesión isquémica antigua. Ante la escasa mejoría se ingresa en neurología. Una vez allí se realiza PET-TC de tórax encontrando foco hipermetabólico paramediastínico izquierdo sugestivo de malignidad. Se efectuó una mediastinoscopia con toma de biopsias. El estudio histológico resultó ser compatible con carcinoma neuroendocrino de células pequeñas. Diagnóstico final de carcinoma microcítico de pulmón, enfermedad extendida regional, asociado a cuadro paraneoplásico neurológico opsoclonus-mioclónus (SOM).

Conclusiones:

El síndrome opsoclonus-mioclónus (SOM) es una rara entidad caracterizada por movimientos oculares sacádicos de gran amplitud, involuntarios, arrítmicos y multidireccionales, asociados a ataxia de tronco y mioclonías de extremidades, tronco y cabeza (no presentes estas últimas en nuestro paciente). Ha sido descrito como manifestación paraneoplásica, fundamentalmente asociado a carcinoma microcítico de pulmón. El pronóstico neurológico es mejor en pacientes en los que el tumor es tratado de forma precoz. El interés del caso para nuestros servicios radica en la detección precoz de estos casos que aunque son raros, son fácilmente reconocibles por la llamativa exploración neurológica, sobre todo ocular. consistente en movimientos involuntarios, arrítmicos y caóticos, con componente horizontal, vertical y rotacional de gran amplitud.

P-1382

EDEMA FACIAL COMO PRESENTACIÓN DE UN CASO DE CARCINOMA PULMÓN

G Ocete Burgos (1), L Gómez Rodríguez (1), A Pérez Ruiz (2)

(1) Hospital Regional Universitario de Málaga, (2) Hospital Comarcal de la Axarquía. Málaga

Palabras clave: superior vena cava syndrome, lung neoplasms, carcinoma non, small, cell lung

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Anamnesis: Varón, 51 años. HTA. Fumador 60 paquetes/año. Acude por cuadro progresivo de edema cervical y disnea de 2 meses de evolución. Valorado en varias ocasiones en urgencias y tratado con broncodilatadores sin mejoría. Exploración física: Eupnéico. Llamativa ingurgitación yugular con la sedestación de predominio derecho con eritema facial y cervical anterior. Murmullo vesicular disminuido con crepitantes en ambos vértices de predominio derecho. Miembro superior derecho (MSD): edema en antebrazo y mano sin fovea. Resto anodino. Pruebas complementarias: Rx Tórax: Ensanchamiento paratraqueal derecho. TAC Tórax: Vena cava superior disminuida de calibre a nivel de cayado, por trombo crónico. Lesión espiculada de 2,6x2,4 con pseudocavitación excéntrica en segmento apical del lóbulo superior derecho, sugestiva de adenocarcinoma. Eco Doppler venoso de MSD: Dilatación de venas yugulares internas y externas y subclavia. Flujo obstructivo en todos los vasos mencionados. Juicio Clínico: Síndrome vena cava superior (SVCS) secundario a Adenocarcinoma de Pulmón. Evolución: El paciente ingresa en Medicina Interna para biopsia de pulmón derecho con resultado de adenocarcinoma diferenciado. El SVCS fue tratado en primer lugar con corticoides y radioterapia paliativa y posteriormente con prótesis endovascular con mejoría clínica. Actualmente en tratamiento quimioterápico y seguimiento por oncología médica. Discusión: El síndrome de vena cava superior es el conjunto de síntomas y signos derivados de la obstrucción parcial o total de la vena cava superior. Puede deberse a compresión extrínseca o bien a trombosis intrínseca. Las neoplasias son la causa principal, siendo la más frecuente el carcinoma de pulmón. La repercusión clínica dependerá de la rapidez de instauración del cuadro, caracterizándose por disnea y la triada clásica de edema en esclavina, cianosis facial y circulación colateral toraco-braquial.

Conclusiones:

El SVCS constituye una urgencia oncológica, por lo que su sospecha diagnóstica es crucial en el servicio de urgencias. El diagnóstico es clínico y se puede confirmar con una radiografía de tórax que en el 90% de los casos es patológica. En el tratamiento del SVCS se identifican 2 objetivos: el alivio sintomático y el tratamiento del proceso maligno de base que debe ser lo más precoz posible.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1383

RED FLAGS EN LA LUMBALGIA

M Santamaría Martínez, C Güemes de la Iglesia, B Campos Ruiz, O Zhygalova, S Paredes Carcedo, C Hernández Tuda

Hospital Universitario de Burgos

Palabras clave: lumbalgia, anorexia, pancitopenia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

El dolor lumbar es un problema de salud muy prevalente en los países desarrollados. Generalmente se trata de un dolor benigno, pero existen otras patologías, que aunque poco frecuentes, es necesario descartar debido a su gravedad. Caso clínico Varón de 57 años, con antecedentes de Diabetes Mellitus 2 y dislipemia, en tratamiento con Metformina y Atorvastatina, que acude a Urgencias por dolor lumbar derecho de 2 meses de evolución, que no cede con tratamiento pautado por su médico (Tapentadol, metamizol y diazepam), con anorexia y pérdida de peso asociadas, y aparición de un hematoma espontáneo lumbar derecho en las últimas 24 horas. En estudio por el Servicio de Digestivo por hipertransaminemia y esplenomegalia sin filiar. A la exploración se encuentra con regular estado general, a la auscultación: soplo sistólico panfocal grado IV/V, dolor a la palpación en fosa ilíaca derecha y hematoma de unos 10 cm de diámetro en región lumbar derecha. Resto normal. Ante estos hallazgos, se solicitan analítica, radiografía de columna lumbar y de torax y ecografía abdominal urgentes, donde se observan pancitopenia, leve hiperbilirrubinemia sin hipertransaminemia y PCR.18, en Radiografía de columna lumbar: disminución de altura del cuerpo vertebral de L4, en Tórax: dudoso engrosamiento de hilio derecho y la ecografía abdominal sin hallazgos de interés salvo gran esplenomegalia ya conocida. Por todo ello, se decide ingreso en medicina Interna con sospecha de lumbalgia secundaria a patología posiblemente neoplásica. Durante el ingreso se realizan, entre otros estudios, TAC de body, RNM, analítica completa y biopsia osea de L4 (donde se había objetivado infiltración de médula ósea en RNM) con diagnóstico anatomopatológico de metástasis de carcinoma de células grandes con fenotipo rabdoide de posible origen pulmonar. Finalmente, el tumor progresó de forma muy agresiva falleciendo el paciente 2 meses después de esta primera consulta.

Conclusiones:

Según el origen del dolor lumbar, lo podemos clasificar en: 1. Dolor lumbar inespecífico 2. Dolor lumbar asociado a radiculopatía, y 3. Dolor lumbar secundario, cuyas principales causas son las infecciones, neoplasias, enfermedades inflamatorias, por lo que dada su gravedad hace necesario realizar una exhaustiva anamnesis prestando especial interés a los signos de alarma (red flags), fundamentales para llegar a un correcto diagnóstico etiológico y tratamiento.

P-1384

UNA TRÁGICA MUDANZA

E Espínola Coll (1), B García Gollonet (2), E Gallego Castillo (1), A Bernal Hinojosa (3), J Cano García (1)

(1) Centro de Salud Coín, (2) Centro de Salud San Andrés Torcal. Málaga, (3) Centro de Salud Carranque. Málaga

Palabras clave: dissection, back pain, aneurysm

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 74 años, independiente. No alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Exfumador. Antecedentes personales: Hipertensión arterial, dislipemia, hiperuricemia, aneurisma de aorta infrarrenal. Cirugías: Bypass aorto-coronario hace 20 años apendicectomía y hernia inguinal derecha. Acude al servicio de urgencias del centro de salud por dolor lumbar no irradiado tras haber hecho un sobreesfuerzo físico al estar realizando una mudanza. La exploración resultó anodina y tras analgesia pautada con Enatium y valium presenta mejoría del dolor por lo que es dado de alta a domicilio, con diagnóstico de Lumbalgia aguda. Al cabo de las horas acude a Urgencias del Hospital por persistencia del dolor, se explora de nuevo al paciente resultando la exploración anodina, se pauta analgesia y es dado de alta a domicilio. Requiere una tercera asistencia al servicio de urgencias, en las últimas 30 horas. Trasladado por el servicio de urgencias que han administrado Buscapina y Paracetamol. Dado de alta a domicilio con diagnóstico de lumbalgia aguda. Cuarta visita a urgencias: Acude traído a urgencias por el 061 por presentar: Dolor en región lumbar izquierda irradiado hacia miembro inferior izquierdo. Hipotensión con tensión arterial 70/40, náuseas, vómitos y dolor abdominal agudo. Exploración física: Regular estado general, sudoroso, palidez cutánea mucosa, consciente y orientado. Tonos Arrítmicos, soplo diastólico, Abdomen: blando y depresible, sin masas ni megalias, doloroso a la palpación difusa. Miembros inferiores: Palidez cutánea, no edemas en miembros inferiores, signos de atrofia muscular. No se palpa pulso femoral. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Electrocardiograma: Fibrilación auricular a 110 latidos por minuto. Radiografía tórax: Senos costofrénicos libres índice cardiotorácico aumentado, ensanchamiento mediastínico. Analítica sanguínea: Hb 9.8, Coagulación normal. TAC Abdomen: Aneurisma de Aorta abdominal roto. EVOLUCIÓN: llevado con carácter urgente a quirófano. Se intenta colocación de endoprótesis aórtica, durante la intervención entra en Shock hipovolémico, fibrilación ventricular y finalmente fallece. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Shock medular agudo. Pancreatitis. Cólico nefrítico.

Conclusiones:

Ante un paciente que acude en múltiples ocasiones al servicio de urgencias por dolor agudo, se debe de incidir más en el diagnóstico diferencial y no dejarse llevar por anteriores impresiones diagnósticas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1388

DORSALGIA REFRACTARIA

FJ Lucas Galán, M Olmos Alemán, MA Galán Traba,
FJ Lucas Imbernón, M Ruipérez Moreno, M Minuesa García

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Palabras clave: dolor, dorso, neoplasia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 47 años (fumador, neumotórax derecho complicado en 1992, exéresis de lipoma en espalda en 2002) que refiere dorsalgia de 7 meses de evolución persistente a pesar de tratamiento hasta 2º escalón analgésico. Visto en Urgencias hasta en 3 ocasiones y remitido a Rehabilitación donde se diagnostica de probable síndrome miofascial y solicitan RMN sin hallazgos de interés. En la 3ª visita, el paciente refiere dolor dorsal D que irradia a hemitórax D. El dolor aumenta con la tos, estornudos y determinados movimientos del tronco, no cede con reposo, ni con analgesia pautada y le impide conciliar el sueño. Tos habitual, sin expectoración y pérdida de 6 Kg de peso. Se administra Dolantina iv sin mejoría. Exploración en Urgencias: Paciente consciente y orientado, inquieto, afectado por el dolor, hábito asténico. ACyP: crepitantes en base I. Tórax: 2 tumoraciones de consistencia dura, móviles, de 1-1,5 cm a nivel infraclavicular Dy dorsal D. Abdomen: sin hallazgos. Extremidades: Dolor a punta de dedo cara interna de muslo D, sin tumoraciones, ni lesiones cutáneas. RxTórax: pinzamiento seno costofrénico D, aumento de la trama hemitórax D (similar a previas). TC (total-body): Múltiples tumoraciones nodulares en musculatura anterior a clavícula derecha, musculatura paravertebral dorsal y lumbar, en glúteos, psoas lumbares e ilíaco derecho compatibles con metástasis. Metástasis óseas en trocánter mayor, fémur y costillas. Imágenes metastásicas en páncreas, pulmón y cerebro. Hospitalización: Analítica de ingreso: normal, incluyendo marcadores tumorales. Estudio anatomopatológico de nódulos: PAAF hallazgos citológicos sugestivos de metástasis por adenocarcinoma. Diagnóstico: Adenocarcinoma metastásico de primario desconocido con afectación: cerebral, pulmonar, ganglionar, musculares, óseas, partes blandas y suprarrenales.

Conclusiones:

La dorsalgia constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes tanto en Atención Primaria, como en los Servicios de Urgencias. La mayoría de los casos se suele atribuir a un origen mecánico. Sin embargo, existe un porcentaje no desdeñable de formas poco frecuentes pero con un impacto y pronóstico en muchos casos grave. Resulta de vital importancia una adecuada orientación y abordaje de este tipo de pacientes, especialmente en el caso de aquellas formas recurrentes y/o atípicas.

P-1389

MANO TORPE: UN SÍNTOMA TRANSITORIO QUE VALE POR TRES

P Navarro González, M García Moya, M Montes Luna, P Cuenca Orts, A Pérez Martínez, J Salgueiro Ruiz, E Plancha Burguera

Hospital Francesc de Borja. Gandía. Valencia

Palabras clave: ischemic attack, transient, myocardial infarction, thrombosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 72 años que acude a urgencias por presentar, hace 8 días, de forma brusca, pérdida de fuerza a nivel del miembro superior izquierdo (no podía sujetar el plato). La duración de la clínica fue de cuatro horas con recuperación completa posterior. Refiere también, en ocasiones, sensación disneica al caminar. No otra clínica asociada. Como antecedentes destaca que es diabético e hipertenso, en tratamiento con insulina, antidiabéticos orales, ARA2 y lorazepam. Mala adherencia al tratamiento. EXPLORACIÓN FÍSICA: normal. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: TAC Craneal: Infarto lacunar antiguo que no justifica la clínica. No signos precoces de infarto o infarto agudo establecido. No colecciones hemáticas. ECG: Infarto anterolateral subagudo. RX tórax: normal. Analítica: troponina T: 266,4 pg/ml. Ecografía TSA: microangiopatía. Ateromatosis de predominio derecho no significativa. Ecocardiografía: hipertrofia ventricular, acinesia en septo basal, insuficiencia mitral ligera, FE 46%, derrame pericárdico ligero. RMN cardiaca: necrosis reciente de 5 segmentos en territorio de la arteria descendente anterior (ADA), sin evidencia de miocardio viable. Trombo apical. Derrame pericárdico moderado. Función sistólica ventrículo izquierdo ligeramente deprimida. Cateterismo cardiaco: estenosis suboclusiva en ADA media con implante de stent. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: AIT, ACV lacunar, lesiones ocupantes de espacio (hematomas subdurales, abscesos, tumores, metástasis cerebrales). Alteraciones metabólicas, intoxicaciones, infecciones sistémicas, epilepsia, paresia postictal, trastorno conversivo, síndrome confusional agudo, migraña complicada. DIAGNÓSTICO FINAL: IMA anterolateral subagudo. Trombo apical. AIT de posible origen cardioembólico. TRATAMIENTO: AAS, Clopidogrel, Acenocumarol, Bisoprolol.

Conclusiones:

El accidente isquémico transitorio (AIT) se presenta como un déficit neurológico focal con resolución completa en < 1 h. La importancia de su reconocimiento estriba en que constituye la señal de alarma de una enfermedad vascular, que es necesario investigar para poder acceder a una adecuada prevención secundaria. La sospecha clínica es difícil porque los pacientes están asintomáticos y en la mayoría de los casos no se evidencia una alternativa diagnóstica clara. Otro problema fundamental es la heterogeneidad en el manejo del AIT porque existen discrepancias en la utilidad pronóstica de las escalas clínicas, la idoneidad de la realización universal de pruebas de imagen o del



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

ingreso indiscriminado de estos pacientes. Por todo ello, en urgencias es fundamental identificar esta entidad y realizar las medidas diagnóstico-terapéuticas necesarias para estratificar el riesgo y evitar así, el infarto cerebral establecido. La particularidad de este caso es que la sintomatología neurológica fue consecuencia de una embolización por un trombo formado en la zona acinética del infarto.

P-1390

APOPLEJÍA HIPOFISARIA: A PESAR DE TODO EL PACIENTE SIEMPRE DICE LA VERDAD

P Torres Delgado, A Santamaría Marín, C Monroy Gómez, M Molina Anguita, T Ortega Gómez Alférez, L Torres Trenado

Hospital General Universitario de Ciudad Real

Palabras clave: apoplejía, hipófisis, gestación

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Gestante de 37 años en tratamiento con nifedipino por amenaza de parto prematuro, que acudió en la semana 32 a urgencias por cefalea de instauración súbita, acompañada de náuseas, vómitos e intensa fotofobia. En la exploración física no se objetivó focalidad neurológica. La analítica fue normal. Ante la ausencia de mejoría a pesar de analgesia, se interconsultó con neurólogo de guardia que realizó punción lumbar y ecodoppler de troncos supraaórticos- transcerebral, siendo ambos normales. Se solicitó resonancia magnética cerebral urgente en la que se visualizó una lesión hipofisaria nodular en el contexto de una apoplejía hipofisaria, sin poder descartar microsangrado. No se evidenciaron aneurismas ni datos sugestivos de trombosis venosa. Con todo ello, fue valorada por neurocirugía que desestimó cirugía urgente. Finalmente la paciente ingresó en planta de ginecología. Fue valorada por endocrino, que solicitó estudio hormonal en el que destacó un cortisol basal en suero de 63.7 nmol/L y una hormona de crecimiento basal de 8.25 ng/ml. Se instauró tratamiento con corticoides y se realizó cesárea a las 36 semanas sin complicaciones. La paciente fue dada de alta con seguimiento posterior por endocrinología.

Conclusiones:

La apoplejía hipofisaria aguda es una urgencia neuroendocrinológica poco frecuente (1-2% de los adenomas hipofisarios). El diagnóstico de la apoplejía hipofisaria se basa en un cuadro clínico típico que cursa con cefalea repentina, signos de irritación meníngea, alteraciones en la agudeza visual, y en ocasiones disminución del nivel de conciencia en el contexto de un tumor hipofisario. Puede provocar cualquier déficit hormonal hipofisario transitorio o permanente. La decisión entre descompresión quirúrgica o tratamiento médico conservador vendrá determinada por la afectación visual. El principal motivo de presentación del caso reside en la relevancia de signos y síntomas de alarma que se recoge durante la anamnesis, además del apoyo en las pruebas de imagen y la singularidad del caso.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1391

FALLO HEPÁTICO FULMINANTE POR INTOXICACIÓN CON PARACETAMOL

V Morell Jiménez (1), E Caro Vázquez (1), M Lozano Lanagrán (2), JA Rivero Guerrero (1), E Rosell Vergara (1), J Cañero Criado (1)

(1) Hospital Virgen de la Victoria, (2) Hospital Quirón de Málaga

Palabras clave: hepático, intoxicación, paracetamol

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente mujer de 18 años natural de Irlanda, que acude por presentar cuadro de náuseas y vómitos de unos 3 días de evolución, presentando tinte icterico y sensación distérmica en el día de ayer. Desde hace 6 días toma paracetamol 500 mg 2 comprimidos cada 4 horas y 5 comprimidos al día de Panadol (Paracetamol 500 mg) al día, con una cantidad acumulada de Paracetamol 6'5 g/día. Niega consumo de alcohol o drogas. No consumo de setas. Exploración física: Regular estado general. Bien hidratada y perfundida. Paciente consciente y orientada. TA 99/73 mmHg, Fc 135lpm. Sat O2 99%. ACP: tonos rítmicos y audibles. No soplos. MVC. Abdomen blando y depresible. No palpo masas ni megalias. Doloroso a la palpación en hipocondrio y flanco derechos sin signos de irritación peritoneal. Exploraciones complementarias: Hemograma: Hb 14'2. Plaquetas 172000. Leucocitos 5500. Coagulación: PT-Act 28%. Bioquímica: Glucosa 74. Urea 52. Creatinina 2'6. Iones normales. LDH 5988. GOT 15534. Bbr 2'5 (Bbr directa 1'6). PCR 20. Niveles de Paracetamol en sangre: 2'7mcg/ml. Drogas de abuso en orina: negativo. Etanol indetectable. Rx tórax: normal. Eco abdomen: hígado de tamaño normal con ecogenicidad homogénea, sin LOEs ni dilatación de vía biliar intrahepática. Vesícula, bazo, vena porta y colédoco normales. Diagnóstico diferencial: Virica: A, B, C, D, E, G, VHS, WZ, CMV, VEB. Farmacos: paracetamol, antibióticos (isoniazida, pirazinamida, tetraciclinas, antidepresivos, AINEs, antihipertensivos. Drogas: cocaína y éxtasis. Tóxicos: disolventes industriales, setas (grupo amanita, lepiota y galerina). Patología vascular: hepatitis isquémica, Budd-Chiari agudo, hipertermia, ligadura de la arteria hepática. Otros: embarazo, neoplasias, enfermedad de Wilson, Sdme de Reye, enfermedad autoinmune. Diagnóstico final: Insuficiencia hepática aguda secundaria a ingesta de paracetamol. Evolución: La paciente pasa a observación de camas, se extrae serología e inicia tratamiento con fitomenadiona, tenofovir y sueroterapia. Se realiza controles analíticos cada 2 h horas observándose descenso progresivo de PT actividad hasta 14.6% y PTsec 57 sg, motivo por el cual pasa a UCI ante la posibilidad de trasplante hepático.

Conclusiones:

La insuficiencia hepática aguda grave (IHAG) o hepatitis fulminante es un síndrome poco frecuente, que se presenta de forma aguda en un individuo previamente sano. Suele afectar a individuos jóvenes y cursa con múltiples manifestaciones extrahepáticas, asociándose a una elevada mortalidad. En los últimos años el trasplante hepático urgente ha cambiado el pronóstico de este síndrome.

P-1393

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA

J Cano García (1), E Espínola Coll (1), B García Gollonet (2), A Bernal Hinojosa (3)

(1) Centro de Salud Coín, (2) Centro de Salud San Andrés-Torcal, (3) Centro de Salud Carranque. Málaga

Palabras clave: alcoholism, thrombocytopenia, subarachnoid hemorrhage

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 47 años con antecedentes personales de Diabetes tipo2, hepatitis crónica por virus C (VHC) y trastorno ansiosodepresivo. Tratamiento habitual: tramkamin y tranxilium. Fumador de 20 cigarrillos/día y bebedor de 6/7 cervezas/día. Derivado a urgencias hospitalarias por el dispositivo de cuidados críticos y urgencias (DCCU) por intoxicación etílica. En el traslado se pauta 1,2 ampolla de anexasate y primperam intramuscular. Anamnesis complicada, el paciente no quiere responder a las preguntas y tendencia a somnolencia. Exploración: Somnoliento, poco colaborador, bien hidratado y perfundido. No existe fetor etílico. Pupilas isocóricas normoreactivas (exploración neurológica incompleta por falta de colaboración). Auscultación cardiorespiratoria: tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, depresible sin signos de irritación peritoneal, no se palpan masas ni megalias. Miembros inferiores sin edemas, no signos de trombosis venosa profunda, pulsos distales conservados. Pruebas complementarias: Analítica sanguínea: Leucocitos 3900, plaquetas 37000, INR 1.28, etanol indetectable. Evolución: Se despierta de nuevo al paciente, se encuentra orientado en tiempo y espacio, colaborador a la exploración. Refiere visión doble. Disártrico. Comenta que después de trabajar comenzó a sentirse mal, con gran debilidad y han avisado al DCCU, quienes relacionaron su estado con la ingesta de alcohol y benzodiazepinas (pautadas en su farmacia digital). Reexploración: Neurológico: parálisis III par izquierdo, fuerza y sensibilidad conservada en cuatro miembros. Se solicita tomografía computarizada (TC) craneal, pasa a área de observación y se comenta con neurología. TC craneal: Hemorragia subaracnoidea aguda en surcos parietales de la convexidad y principalmente en cisternas de la base a nivel prepontino, en ángulos pontocerebelosos, peribulbar y tentorial. Sistema ventricular de morfología normal. No se aprecia desplazamiento de la línea media ni efecto masa a nivel infra ni subtentorial. No alteración de la sustancia blanca evidente. Calcificación puntiforme inespecífica de los ganglios de la base. Juicio clínico: Hemorragia subaracnoidea espontánea en contexto de plaquetopenia en paciente con VHC. Actitud: se transfunde pool de plaquetas y se traslada a servicio de neurocirugía del Hospital Regional.

Conclusiones:

No debemos dejarnos llevar por los diagnósticos previos como ocurrió en este caso, tenemos que realizar una correcta anamnesis y exploración para llegar a nuestra propia sospecha diagnóstica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1395

¡DOCTOR, NO VEO NADA!

P Abellán García (1), A Ortega Requena (2), J López Pérez (2)

Centro de Salud Santomera. Murcia

Palabras clave: hemianopsia, ictus, embolismo

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 66 años, hipertensa bien controlada, obesa, con fibrilación auricular paroxística antiagregada diagnosticada en 2009 (no anticoagulada por antecedente de rectorragias y diverticulosis en 2008), precisando cardioversión eléctrica en 2010 por fibrilación auricular rápida. SAHOS con CPAP nocturna. Tratamiento crónico: adiro 100mg:0-1-0, dronedarona 400mg:1-0-1, candesartan/hidroclorotiazida 0-1-0, omeprazol 20mg:1-0-0. Acude por presentar a las 6.00h de la madrugada episodio de cefalea tipo pinchazo en región parietal derecha, mantenido, sin irradiación, que se mantiene durante las siguientes 6 horas sin cesar a pesar de analgesia, acompañado de hemianopsia homónima izquierda. Exploración física: Buen estado general, consciente y orientada. Tensión 123/76, afebril. Auscultación cardíaca: Pulsos carotídeos rítmicos y simétricos. Rítmica a 78 lpm, no soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, no roncus. MMII: no edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Exploración neurológica: hemianopsia homónima izquierda. MOEs normales. Pupilas isocóricas normoreactivas. No asimetrías faciales. 5° par motor y sensitivo normal. Balance motor 5/5. ROTs simétricos y bilaterales, excepto aquileo abolido. RCP flexor bilateral. No disimetrías dedo-nariz. Marcha normal. Pruebas complementarias: ECG: ritmo sinusal a 66lpm, PR normal. QRS estrecho con eje a -30°. No alteraciones de la repolarización. Similar a previos. Analítica: bioquímica normal, hemograma: 7700 leucocitos (69%N), hemoglobina 12.4, hematocrito 39.6%, VCM 85.5, plaquetas 237000. Coagulación: AP 102%, INR 1.02, TP 10.7. Rx tórax: no infiltrados ni condensaciones. Senos costofrénicos libres. Tac craneal sin contraste: infarto agudo occipital derecho. En planta: se inicia anticoagulación en urgencias, que se mantiene en planta, con 2mg de acenocumarol, con INR de 2.3. RMN cerebral: infarto subagudo en territorio de ACP derecha, con permeabilidad arterial en el estudio. Angio RMN cerebral y de TSA: sin alteraciones significativas. Holter: ritmo sinusal durante el registro con una frecuencia cardíaca promedio de 66 lpm. No pausas. Ecocardiograma: normal, no hallazgos patológicos. Interconsulta a digestivo: en momento actual, no signos de hemorragia digestiva. No contraindican anticoagulación oral, pero presenta riesgo de sangrado. Se informa del riesgo/beneficio a la paciente. Diagnóstico: ictus occipital derecho de causa embólica cardíaca. Al alta: acenocumarol 4mg: 1/2 cp viernes, sábados y domingos. Resto de su medicación igual.

Conclusiones:

Remarcar la importancia por parte del paciente de acudir a los servicios de urgencias para valoración inmediata ante un probable cuadro neurológico, no demorarlo, así como de nuestra rápida actuación tanto terapéutica como diagnóstica y realización de adecuada exploración neurológica para ratificar nuestra sospecha clínica.

P-1396

¡DOCTOR, MI ORINA ES MUY OSCURA!

P Abellán García (1), A Ortega Requena (2), J López Pérez (2)

Centro de Salud Santomera. Murcia

Palabras clave: ictericia, adenocarcinoma, páncreas

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 64 años, sin antecedentes médicos de interés, no alérgica a medicamentos. Antecedentes quirúrgicos: cesárea hace 29 años. No sigue tratamiento crónico. Acude a urgencias por presentar dolor centroabdominal fijo, no irradiado, tipo pinchazo, que no cede con analgesia habitual, sin náuseas ni vómitos. Ha advertido orinas coléricas desde hace 1 semana. Exploración física: AC: ritmo sinusal a 80 lpm, no soplos. AP: Murmullo vesicular conservado, no roncus ni sibilantes, eupneica. Abdomen globuloso, blando y depresible, dolor a la palpación en mesogastrio, sin irradiación, no masas palpables ni adenomegalias ni signos de irritación peritoneal. Peristaltismo conservado. Timpánico. Ruidos hidroaéreos presentes. MMII: no edemas ni signos de insuficiencia venosa crónica o trombosis. Exploraciones complementarias: Analítica: Bioquímica normal, amilasa 33, GPT 783, GOT 290, fosfatasa alcalina 282, Bilirrubina total 8.5, Bilirrubina directa 7.1, bilirrubina indirecta 1.4. Hemograma: leucocitos 5350 (48%N), linfocitos 34.6%, hemoglobina 14.4, Hematocrito 42.3, VCM 42.3, plaquetas 285000. Coagulación: INR 1.18, AP 84%, TP 12.4seg. Rx abdomen: gas y heces en marco cólico. Ecografía abdominal: vesícula distendida con barro en su interior, grosor ligeramente discreto, Murphy ecográfico levemente positivo, pudiendo corresponder a signos de colecistitis incipiente. Tac abdominal: hallazgos compatibles con neoplasia de páncreas en proceso uncinado con infiltración de vía biliar y conducto pancreático. Pequeñas adenopatías pericelíacas < 1 cm, sin infiltración vascular de estructuras adyacentes. Se procede a laparotomía exploradora y colecistectomía. Durante la exploración se aprecia masa de cabeza pancreática hasta cuello que invade arteria pancreato-duodenal y duodeno, adenopatías mediastínicas. Se realiza una hepático-yeyunostomía en Y de Roux, lavado de cavidad y cierre. Biopsia de tejido fibroadiposo de cara superior de cabeza de páncreas informada como adenocarcinoma, que se considera dada su extensión, irresecable. Tratamiento al alta: dieta sin grasas 1 mes, suplementos nutritivos según recomendaciones de nutricionista, levofloxacino 500mg: 1/24h 5 días, y curas en su centro de salud.

Conclusiones:

Patología tan frecuente como es el dolor abdominal en una puerta de urgencias, debe ser valorado y explorado rigurosamente, preguntar por hábitos dietéticos, tiempo de evolución, manifestaciones clínicas, y sobre todo, no quedarnos nunca con la duda y solicitar si es preciso, pruebas de imagen que apoyen nuestra sospecha clínica, y si éstas no son concluyentes, indicar observación en camas o incluso plantear ingreso hospitalario para completar estudio.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1397

SÍNDROME RENOPULMONAR

R Moyano García, M Villalba Calvente, JM Concha Jarava,
SH Constela Ramos

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Palabras clave: insuficiencia renal aguda, anemia, hipoxemia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Presentamos el caso de un varón de 56 años con anemia perniciosa y gastritis atrófica sin otras enfermedades crónicas de interés que acude a Urgencias por cuadro de astenia de un mes de evolución acompañado de edemas maleolares en la última semana de carácter intermitente así como esputos con alguna hebra de sangre roja y artralgiás generalizadas, predominantes en manos y rodillas con toma crónica de AINEs en días previos. No otra clínica acompañante. A la exploración física presentaba palidez mucocutánea y mínimos crepitante en base derecha en la auscultación respiratoria, sin otros hallazgos. En analítica se detecta fracaso renal agudo con sedimento urinario activo (proteinuria y microhematuria) con iones en orina normales, así como infiltrado intersticial bilateral en la radiografía y anemia crónica en menos de 24 horas. Se detecta en gasometría arterial hipoxemia con hipocapnia y dímero-D elevado en analítica por lo que se realiza gammagrafía pulmonar que es de baja probabilidad para TEP. Ante el fracaso renal agudo se realiza ecografía abdominal donde se observan ambos riñones sin alteraciones. Se decide ingreso del paciente en Nefrología para estudio de insuficiencia renal aguda. En planta se vuelve a realizar radiografía de tórax que es informada por radiólogo como infiltrado intersticial bilateral que podría corresponder a hemorragia alveolar. Con todos los datos recopilados hasta el momento se diagnostica al paciente de síndrome renopulmonar y se inicia tratamiento con corticoides a dosis altas así como cobertura antibiótica y se realiza estudio inmunológico que resultó como positividad sérica para anti-cuerpos anti-MBG.

Conclusiones:

La combinación de hemorragia pulmonar y glomerulonefritis constituye un síndrome grave con entidad propia y aparentemente infravalorado por su baja incidencia, que no debemos de olvidar en Urgencias dada su frecuente presentación de forma aguda que requerirá de un diagnóstico de presunción rápido e inicio de tratamiento. Las etiologías más comunes son las vasculitis primarias asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) y la enfermedad por anticuerpo antimembrana basal glomerular (Ac-AMBG). El lupus eritematoso sistémico (LES), otras colagenopatías, las vasculitis con ANCA negativos y las secundarias a drogas son causas menos frecuentes.

P-1398

BLUMBERG POSITIVO: FIEBRE Y SENTIDO COMÚN

I Miguéns Blanco (1), M Manzano Luque (2), D Expósito Jiménez (3),
E Díaz Vera (4), LJ Arce Segura (4), D Sánchez Sendín (5)

(1) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid, (2) Hospital Rey Juan Carlos. Mostoles, (3) Hospital Rey Juan Carlos. Mostoles, (4) Hospital Infanta Leonor, (5) Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Palabras clave: apendicitis, fiebre, dolor abdominal

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 21 años, sin antecedentes personales de interés, que acudió al Servicio de Urgencias por dolor abdominal en fosa ilíaca derecha desde hacía 7 días. Asoció fiebre. En la exploración física: Blumberg positivo. Se palpa masa local, blanda, de 3x4 cms en fosa ilíaca derecha. TAC abdominal destaca afectación del colon derecho, consistente en un marcado engrosamiento parietal que condiciona disminución de la luz. Emergiendo del polo cecal, observamos imagen tubular de calibre discretamente aumentado compatible con el apéndice. Se planteó como posibilidades diagnósticas proceso neoforatorio colónico o apendicitis aguda evolucionada. La paciente presentaba cuadro clínico y exploración física compatible con un proceso agudo inflamatorio con afectación peritoneal local en fosa ilíaca derecha, de probable origen colónico. Dentro de las posibilidades etiológicas se consideró como principal, en relación con la anamnesis, la apendicitis aguda con perforación y abscesificación posterior. Colitis/ileítis inflamatoria parecen menos probables por la ausencia de trastornos del ritmo intestinal ni de productos patológicos en heces. Tampoco existen antecedentes epidemiológicos sugestivos. La posibilidad de neoplasia local pareció menos escasa dada la ausencia de clínica previa, de síndrome constitucional y la edad de la paciente. Se comentó el caso con Cirugía General, que compartieron la misma opinión. Se pautó tratamiento empírico con Amoxicilina Clavulánico. Juicio clínico final: Apendicitis aguda con perforación y abscesificación posterior en resolución

Conclusiones:

El caso que se presenta, acude a Urgencias, planteando al médico un aparente diagnóstico fácil: febrícula y dolor en fosa ilíaca derecha. Este hecho, el que se haya planteado un diagnóstico alternativo excepcional, neoplasia colónica, da cabida a la reflexión que justifica la elección de este caso para su presentación: ¿Qué valor tienen las pruebas complementarias en los Servicios de Urgencias? ¿En qué medida debemos tenerlas en cuenta? ¿Correlacionamos de forma correcta los hallazgos con la clínica? Si bien es cierto que son de gran ayuda, se invita a los urgenciólogos a reflexionar sobre el manejo y aplicación de las pruebas complementarias en los Servicios de Urgencias, donde, de especial manera, el sentido común ha de ser el más común de los sentidos



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1399

SÍNDROME DEL CASCANUECES. A PROPÓSITO DE UN CASO

**P Valverde Vallejo (1), J Palacios Castillo (1), D Ruiz Rueda (2),
A Rando Jiménez (1), M Cabrera Martínez (1)**

(1) Hospital Regional de Málaga, (2) Hospital Parque San Antonio.
Málaga

Palabras clave: pinza aortomesentérica, cascanueces, hematuria

Ámbito del caso:
Hospitalaria

Historia clínica:

ANTECEDENTES Y OBJETIVO: El fenómeno cascanueces es una compresión de la vena renal izquierda, lo más frecuente es el ángulo formado por la arteria aorta y la mesentérica superior, por una emergencia anormal de la mesentérica. Cuando aparecen síntomas derivados de esta anomalía se le denomina síndrome de cascanueces. Este síndrome puede producir síntomas y signos muy variados, pero entre ellos, la hematuria, la proteinuria ortostática, el varicocele, la congestión pélvica crónica, el dolor abdominal y en flanco, y la intolerancia ortostática son los más frecuentes. Incluir este cuadro dentro del diagnóstico de los dolores abdominales en urgencias sobre todo aquellos con manifestaciones de hematuria y dolor recurrente en pacientes jóvenes. **MÉTODO:** Exponemos el caso de una paciente mujer menor de 30 años con múltiples consultas a urgencias durante un año por dolor abdominal inespecífico acompañado en algunas ocasiones de hematuria sobre todo en relación al ejercicio físico, que tras haber sido tratada como cólico renal, patología biliar o dolor ginecológico es diagnosticada de Síndrome de cascanueces y las pruebas complementarias y técnicas utilizadas para la resolución del cuadro. **RESULTADOS:** Tras el diagnóstico gracias a la Tomografía computarizada con contraste intravenoso se propuso tratamiento quirúrgico, realizándose transposición de la vena renal izquierda siendo su resultado satisfactorio en los siguientes meses.

Conclusiones:

El síndrome del cascanueces puede pasar inadvertido y cuando aparecen síntomas estos pueden ser muy variados. Los síntomas más frecuentes son el dolor abdominal, la hematuria macroscópica, la microhematuria y la proteinuria ortostática. Aunque son muchas las causas de hematuria microscópica persistente o de hematuria macroscópica de causa no glomerular, cuando no se encuentra una causa que la explique, se debe tomar en cuenta el síndrome de cascanueces.

P-1400

DOLOR ABDOMINAL Y HOMEOPATÍA

**JM Fernández Núñez (1), M Cardenal Falcón (2), C de Vera Guillén (1),
A Roco García (1), R Regueira González (1), I Salguero Bodes (3)**

(1) Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Hospital Infanta Cristina. Badajoz, (2) Hospital Perpetuo Socorro, Badajoz, (3) Hospital de Coria. Cáceres

Palabras clave: homeopatía, dolor abdominal, sarcoma retroperitoneal

Historia clínica:

Introducción.- La homeopatía es un sistema de medicina alternativa usada para la prevención, alivio y curación de enfermedades de todo tipo. Su uso se ha extendido mundialmente siendo ejercida por numerosos profesionales. Incluso prestigiosas editoriales de revistas científicas publican alguna con cierto factor de impacto. Aunque también tiene muchos detractores dado su carencia de plausibilidad biológica y causalidad. **Objetivos.-** A propósito un caso clínico, queremos incidir en los perjuicios que se pueden derivar de este tipo de práctica médica. **Caso clínico.-** Mujer de 57 años, sin antecedentes relevantes, profesora de universidad. Acude a urgencias, traída por su hermana que es personal sanitario, por pérdida de 11 kg de peso en 4 meses, lumbalgia mecánica que en las últimas semanas le impide incluso el descanso nocturno y molestias esporádicas e inespecíficas en la fosa ilíaca derecha (FID). En la exploración llamaba la atención la caquexia de la paciente, así como la actitud en flexo del tronco por su dolor lumbar. Se palpaba en el abdomen una masa en FID levemente dolorosa. En la analítica destacaba: hemoglobina 5 gr/dl, hematocrito 17,8%, volumen corpuscular 70 fl, glucosa 154 mg/dl y albúmina plasmática 1,9 gr/dl, siendo el resto de los parámetros normales. En la radiografía de tórax se apreciaba derrame pleural derecho y en el TAC de abdomen una masa retroperitoneal heterogénea que englobaba, comprimía y desplazaba ventralmente la vena cava inferior y la aorta (de 9 x 10 x 6 cm de tamaño), con afectación del cuerpo vertebral de L3. Todos estos hallazgos fueron sugerentes en primera instancia de sarcoma retroperitoneal, confirmados posteriormente tras su ingreso en planta. Su único tratamiento eran productos homeopáticos diversos.

Conclusiones:

Pese a lo simple que puede parecer el caso, queremos remarcar cómo pacientes de toda condición social e intelectual, confían su salud a esta pseudociencia. A pesar de la falta de evidencia de su eficacia, su popularidad está en aumento. Queríamos denunciar con este caso, aquellas prácticas médicas que tienden a aislar al paciente de otras posibilidades científicas, y denunciarlas no por lo que hacen, sino por lo que dejan de hacer por el paciente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1401

LA IMPORTANCIA DE LA OBSERVACIÓN DE LOS PACIENTES

V Sánchez Moro, R Herrero Antón, J García Criado,
I Corbacho Cambero, A Muñoz Galindo, C Crespo Martínez,
P García Herrero

Hospital Universitario de Salamanca

Palabras clave: headache, fever, encephalitis

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Mujer de 14 años sin antecedentes personales de interés. Acude acompañada por su padres por cefalea occipital de intensidad moderada de 48 horas de evolución sin fiebre, aunque refiere el día previo sensación distérmica, tos sin expectoración y 1 vómito aislado. Refiere aumento progresivo de la intensidad del dolor y también dolor a nivel frontal que no mejora con Paracetamol desde esa mañana, motivo por el cual acuden. Comienza esta mañana con fiebre de 38°. Los padres refieren dolor de oído derecho la tarde previa. A su llegada no impresiona de gravedad, llama la atención Temperatura de 38.4° y frecuencia cardiaca 131 lpm. A la exploración la paciente presenta Glasgow 14 (O3M6V5), buen estado general, consciente y orientada, aunque presenta cierta tendencia al sueño. No se objetiva focalidad neurológica. Cavidad orofaríngea hiperémica y otoscopia sin alteraciones. En analítica leucocitosis 16.930/ μ l (Neutrofilia 14290/ μ l) PCR 2.2mg/dl. Se realiza TAC Craneal: Hipodensidad a nivel de centro semioval derecho, con efecto compresivo sobre estructuras vecinas, con desviación de la línea media contralateral y obliteración del ventrículo derecho. No captación de contraste. Compatible con Encefalitis. Se realiza interconsulta con Neurología y se inicia tratamiento con Cefotaxima, Vancomicina y Aciclovir. Dexametasoma como tratamiento anti-hipertensión intracranial. Tras reevaluar a la paciente en varias ocasiones permanece estable pero tras 30 minutos desde el inicio del tratamiento, comienza con deterioro progresivo del nivel de conciencia, midriasis derecha, paresia de extremidades izquierdas y Glasgow 6 por lo que se inicia tratamiento con Manitol 20%. Se avisa a Medicina Intensiva y se realiza intubación endotraqueal tras sedación. Se realiza interconsulta con Neurocirugía para valorar la colocación de captor PIC. Se añade tratamiento con Ampicilina 2g. Diagnóstico Diferencial: Meningitis, Encefalitis, Tumor cerebral. JUICIO CLÍNICO: Encefalitis a filiar. La paciente ingresa en UCI.

Conclusiones:

1. La cefalea y la fiebre son unas de las patologías de mayor consulta en los servicios de urgencias. 2. La importancia de realizar seguimiento y observación de los pacientes. 3. La importancia del diagnóstico diferencial de las causas de cefalea y fiebre ya que algunas son patologías potencialmente mortales.

P-1402

COXALGIA ATÍPICA EN URGENCIAS: ABSCESO DE PSOAS ILÍACO COMO COMPLICACIÓN DE LITIASIS CORALIFORME

K García Lombardía, J Rodríguez Pérez, E Contreras Murillo,
B Retana Fernández, C del Arco Galán

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

Palabras clave: coxalgia, cálculo coraliforme, absceso psoas ilíaco

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Motivo de consulta: Mujer de 85 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por dolor abdominal en FII, continuo y sordo de dos semanas de evolución. No náuseas ni vómitos, no alteraciones de hábito intestinal conservando el tránsito de gases. 3 días antes acude a urgencias por dolor en cadera e ingle izquierdas, dada de alta como coxalgia mecánica. Sin embargo, el dolor no cede desde entonces a pesar de tratamiento analgésico pautado, presentando impotencia funcional de miembro inferior izquierdo. Asocia sensación distérmica, con temperatura termometrada de 38,5°. Niega clínica infecciosa a ningún otro nivel. Exploración física: TA 159/78, FC 79 lpm, T 36,2°. Buen estado general. NH, NC. AC: rítmico sin soplos. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: RHA+. Se palpa masa de consistencia dura y dolorosa en hemibdomen izquierdo. No defensa abdominal, no signos de irritación peritoneal, Murphy, Rovsing negativo. Puño percusión renal bilateral negativa. Extremidades: leves edemas perimaleolares bilaterales, no signos de trombosis venosa profunda, pulsos periféricos presentes y simétricos en las 4 extremidades. Neurológico sin alteraciones. Analítica: Hemoglobina 10.3 gr/dL, Plaquetas 530 Miles/mm³, Leucocitos 15.78 Miles/mm³ (N 87.1 %) Coagulación, bioquímica y GV sin alteraciones. Orina: Leucocitos 500 / μ l, Nitritos Negativo, Eritrocitos 150 / μ l, Sedimento: piuria, abundantes células renales, abundante bacteriuria. Rx simple de abdomen: Imagen de calcificación en pelvis renal izquierda. Ecografía no reglada: Imagen hiperecoica en flanco izquierdo que dificulta visualización de riñón izquierdo y bazo. Se amplía estudio con TAC abdominal confirmando cálculo coraliforme izquierdo (probable pielonefritis xantogranulomatosa focal), absceso perirrenal izquierdo y absceso del músculo psoas iliaco izquierdo. Se inicia antibioterapia con Piperacilina-Tazobactam y se habla con Rx vascular para drenaje.

Conclusiones:

Los cálculos coraliformes corresponden entre el 5-15% de todas las litiasis. El absceso renal es una de las complicaciones más frecuentes de las litiasis coraliformes siendo rara la diseminación a otros órganos. La inespecificidad de presentación en ancianos dificulta la sospecha, siendo aún más importante una buena historia clínica, exploración física completa y realización de exploraciones complementarias necesarias en urgencias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1403

HIPONATREMIA GRAVE, INSUFICIENCIA CARDIACA Y ANURIA: ¿CONTRAINDICACIÓN DE DIÁLISIS URGENTE?

JJ Bande Fernández, M Rodríguez García, L Alcuria Ledo, R García Castro, C Merino Bueno, L del Río García, C Díaz Corte

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Palabras clave: diálisis renal, insuficiencia cardiaca, hiponatremia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón pluripatológico con dos ingresos en los últimos seis meses por insuficiencia cardiaca. Última analítica de control hace dos meses con Na plasmático de 139 y una Cr 3.9. Acude al Servicio de Urgencias por clínica progresiva desde hace 15 días de insuficiencia cardiaca (disnea de reposo, ortopnea etc). La esposa refiere además, que últimamente lo nota mas lento y despistado. A la exploración física: afebril, TA de 142/61 mmHg, 60 lpm, SatO2 con VMK50 % del 85 %, crepitantes hasta campos superiores, Abdomen globuloso, timpánico en epigastrio con edema de pared, edemas (++) hasta raíz de miembros. En la analítica destaca una Cr 5.14 y un Na de 109 (confirmado en tres determinaciones) con una Osm p de 250, en orina una osmolaridad de 226 con Na 12 y una EFNa de 0.6 %. En esta situación es necesario la corrección de la natremia así como el alivio de la sobrecarga hídrica. Al encontrarse el paciente en oligoanuria con nula respuesta a 100 mgr de furosemida intravenosa en urgencias, se decide la ultrafiltración extracorpórea. Sin embargo no se puede llevar a cabo hemodiálisis convencional ya que provocaríamos un rápido aumento de la natremia hasta 130 en dos horas (con el elevado riesgo neurológico que esto supone) por lo que se decide realización de hemofiltración adaptada con flujos sanguíneos de 200-300 ml/min y pérdida de 2.5 kgrs en 2,5 horas. Durante este proceso extracción de analíticas seriadas cada 45 minutos para monitorizar la natremia obteniéndose un resultado de Na en sangre final de 114 (lo recomendado según guías).

Conclusiones:

La hiponatremia es uno de los trastornos electrolíticos mas frecuentes tanto en el medio hospitalario como extrahospitalario, teniendo una relación directa con el aumento de la mortalidad. Este hecho se agrava cuando concurren además la insuficiencia cardiaca descompensada y un fracaso renal agudo grave (III de la AKIN). Es en esta situación en la que juega un papel fundamental la capacidad para adaptar las técnicas de terapia renal sustitutiva a una emergencia médica, de cara a evitar complicaciones graves como la mielinosis pontina.

P-1404

CAUSA INFRECIENTE DE EDEMA DE MIEMBRO INFERIOR

D Santamaría Amat, M Jimena García, L Rodríguez del Prado, B Corbi Pino, JM Krivocheya Montero, FM Pepe, M Yakoubi Badah

Hospital Comarcal de Melilla

Palabras clave: Burkitt's lymphoma, non-Hodgkin lymphomas, adenopathy

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción: El linfoma de Burkitt (LB) es un tipo de linfoma no Hodgkiniano infrecuente y de alto grado de malignidad con susceptibilidad para originarse en cualquier territorio con tejido linfático. Supone menos del 1% de los LNH. Aparece fundamentalmente en niños, su presencia en adultos está favorecida por la concomitancia de estados de inmunodepresión. Objetivos: Resaltar la importancia de una anamnesis y exploración exhaustivas en Urgencias para el diagnóstico de patologías poco prevalentes y potencialmente graves. Paciente y método: Varón de 20 años que acude a Urgencias por aumento de diámetro y dolor en miembro inferior izquierdo (MII) que ha aumentado en las ultimas 3 semanas. A la exploración destacaba MII aumentado de tamaño, levemente doloroso con empastamiento desde región inguinal hasta pie, sin palparse pulso pedio. En la analítica sólo objetivamos elevación de LDH. Ante la sospecha de trombosis venosa profunda (TVP) se realiza eco-doppler donde se objetiva enlentecimiento del flujo venoso femoral sin signos de trombosis, así como múltiples adenopatías inguinales de 2-3 cm de diámetro. Ante estos hallazgos se reexplora al paciente, encontrando adenopatías latero-cervicales y axilares bilaterales. Solicitamos TAC abdomino-pélvico que mostró múltiples adenopatías mesentéricas, pélvicas y en región inguinal izquierda desplazando vejiga y estructuras intestinales y comprimiendo femoral común. Ante la sospecha de proceso linfoproliferativo se realiza ingreso en Hematología. Durante el ingreso se diagnostica infección por VIH y se realiza biopsia con resultado anatomo-patológico de LB. Fue dado de alta con tratamiento quimioterápico que sigue recibiendo actualmente.

Conclusiones:

Resultados: Es una patología de difícil diagnóstico en Urgencias dada la baja incidencia y la gran variedad de cuadros clínicos que puede producir. Es importante considerar compresiones extravasculares como causa de aumento de perímetro unilateral de miembros inferiores. En nuestro caso la eco-doppler nos permitió descartar TVP y sospechar otras patologías. Conclusiones: El diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado mejora el pronóstico de esta patología, por lo que es fundamental sospecharlo desde Urgencias. El diagnóstico de presunción se basa en una anamnesis y exploración física minuciosas, el resto de estudios necesarios, como analítica básica, eco-doppler o TAC están disponibles en cualquier servicio de Urgencias hospitalarias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1405

GANGLIONEUROMA MADURO RETROPERITONEAL EN UN NIÑO

MC Teijeiro Bermejo (1), E Avilés de Melchor (2),
MC del Río Fernández (3), A Llorente Rojo (3), T Lobato Prieto (4),
P Do Campo Damea (5)

(1) Centro de Salud Parada del Molino. Zamora, (2) Centro de Salud Santa Elena. Zamora, (3) Hospital Virgen de la Concha. Zamora, (4) Centro de Salud Virgen Concha. Zamora, (5) Centro de Salud Puerta Nueva. Zamora

Palabras clave: ganglioneuroma, retroperitoneal, abdominalgia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: los ganglioneuromas son tumores neuroblásticos derivados de la cresta neural. Generalmente asintomáticos. Cuando dan síntomas estos dependen del tamaño y localización del tumor y de si son o no secretores. **OBJETIVOS:** presentación de ganglioneuroma que debuta como abdominalgia. **MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:** Varón de 14 años que acude a urgencias por abdominalgia intensa en zona paraumbilical derecha, sin náuseas, vómitos ni fiebre, refiriendo cuadros similares en los quince días previos. Antecedentes de dolor lumbar con imposibilidad para deambular a los 7-8 años, que cedió espontáneamente. **EXPLORACIÓN FÍSICA:** Dolor a la palpación en área paraumbilical derecha, sin signos de irritación peritoneal. Resto de exploración y constantes normales. Hemograma, bioquímica y marcadores tumorales normales, catecolaminas y metanefrinas totales y fraccionadas normales, dopamina en orina 548 ug/24h, RX TÓRAX Y ABDOMEN normales. **ECOGRAFÍA ABDOMINAL:** tumoración retroperitoneal sólida de contornos bien definidos a nivel paraumbilical derecha de 3,4 x 2,8 x 4,3 cm. Se completa estudio con: TAC TORACO-ABDOMINAL (sugiere tumor de estirpe neurogénico, liposarcoma, tumor sarcomatoso de origen en músculo psoas o adenopatía), RNM ABDOMINAL (primera posibilidad diagnóstica tumor de estirpe neurógena como ganglioneuroma), GAMMAGRAFÍA CON MIBG normal, ASPIRADO Y BIOPSIA BICRESTAL DE MÉDULA ÓSEA Y ESTUDIO DE LA AMPLIFICACIÓN DEL NMYC. **RESULTADO:** Se realiza exéresis completa del tumor y estudio anatomopatológico con resultado de Ganglioneuroma rico en estroma de tipo célula Schwan, subtipo maduro. Pendiente resultado de amplificación del NMYC.

Conclusiones:

Los ganglioneuromas son tumores embrionarios del sistema nervioso simpático que derivan de la cresta neural, poco frecuentes. Más comunes en niños y adolescentes La localización más común es mediastino posterior seguida de retroperitoneo. Generalmente asintomáticos salvo cuando alcanzan gran tamaño, dando síntomas por compresión. Existen tumores secretores. Se ha descrito una asociación con neurofibromatosis y el síndrome MENOB. Un hallazgo orientativo en el TAC es la tendencia del tumor a rodear total o parcialmente los vasos sanguíneos, sin que en la mayoría de los casos estenose su luz. El diagnóstico definitivo precisa confirmación histológica. El tratamiento es quirúrgico.

P-1406

CUANDO PASE EL TEMBLOR

V Lo Iacono García (1,2), L Fernández Leizan (3),
OA Baptista Ferreira (4), MA Zakhour González (1),
L Allega Gnecco (1), L Cornago Guerrero (1)

(1) CS V Centenario, (2) Hospital Infanta Sofía, (3) Hospital Puerta de Hierro, (4) Hospital La Paz. Madrid

Palabras clave: magnesio, temblor, vómitos

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo II y dislipemia en tratamiento con Vasartan/Hidroclorotiacida 80/12,5 mg cada 24 horas, Metformina 850 mg cada 12 horas y Bezafibrato 400 mg cada 24 horas. Independiente para las actividades de la vida diaria, en estudio por pérdidas de memoria reciente. Acude al Servicio de Urgencias por presentar vómitos e intolerancia oral de 10 días de evolución acompañados de nerviosismo y temblor que dificulta la realización de actividades diarias, afebril. Desde hace un mes episodios de diarrea sin productos patológicos y vómitos intermitentes. A la exploración física, hemodinámicamente estable, presenta rigidez muscular, marchas a pequeños pasos con temblor de reposo y de intención sin otros hallazgos reseñables. En las exploraciones complementarias se objetiva: Glucosa 127 mg/dl, calcio corregido (albumina) 8.2 mg/dl, Potasio 3.0 mmol/L y Magnesio 0.0 mg/dL. Resto de parámetros sin alteraciones. Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 88 latidos por minuto, descenso del ST menor de 1 mm con T negativa de V4 a V6. T negativa en II, III y aVF. Juicio Clínico: Hipomagnesemia severa sintomática, hipocalcemia e hipokalemia leve en probable relación con pérdidas digestivas. En Urgencias, bajo vigilancia y monitorización cardíaca se realiza hidratación y reposición iónica. Ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos donde posteriormente se corrigen los trastornos hidroelectrolíticos con traslado final al Servicio de Medicina Interna.

Conclusiones:

Ante un paciente con pérdidas digestivas de larga evolución hay que vigilar las posibles alteraciones metabólicas y clínicas. Las principales causas de hipomagnesemia son las pérdidas excesivas intestinales por diarrea y vómitos prolongados, malabsorción intestinal, déficit de vitamina D o por el riñón secundario a la toma de diuréticos tiazídicos, de asa y osmóticos así como fármacos nefrotóxicos entre otras. Otras causas pueden ser el consumo de alcohol, malnutrición, SIADH, diabetes y pancreatitis aguda. Clínicamente se caracteriza por temblor, tetania, desorientación y arritmias cardíacas tales como la taquicardia supraventricular y ventricular. Coexisten alteraciones hidroelectrolíticas como la hipocalcemia e hipopotasemia. El tratamiento de la hipomagnesemia grave sintomática requiere la administración de sulfato de magnesio intravenoso con monitorización clínica y analítica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1407

INFARTOS INSOSPECHADOS

**Y García González (1), E Ferrero Fernández (2),
Z Vázquez Álvarez (1), S Sánchez Menéndez (1),
S Moreno García (1), P González-Quirós Fernández (2)**

(1) Hospital del Oriente de Asturias, (2) Hospital Valle del Nalón.
Asturias

Palabras clave: infarto, abdomen, agudo

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

MOTIVO DE CONSULTA: Dolor abdominal. **ANTECEDENTES PERSONALES:** sin interés, no cirugías previas. No toma tratamientos crónicos. **HISTORIA ACTUAL:** acude a Urgencias hospitalarias dolor abdominal continuo periumbilical derecho, no irradiado, progresivamente creciente en intensidad de 24 horas de evolución. No fiebre, náuseas ni vómitos. Realizó la última deposición hace 30 horas. No lo relaciona con esfuerzos ni comidas. **EXPLORACIÓN FÍSICA:** Estable hemodinámicamente. Abdomen blando y depresible, dolor selectivo a la palpación en fosa iliaca derecha, con defensa involuntaria, aumento del dolor con la descompresión abdominal, peristalsis presente. Resto normal. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Analítica sin alteraciones. **ECO/TAC:** vísceras sin alteraciones, en el omento mayor se aprecia un área hiperdensa de bordes difusos y no definidos compatible con infarto omental. **EVOLUCIÓN:** el paciente ingresa desde Urgencias en la planta de Cirugía General para control del dolor, ya que el tratamiento no es quirúrgico. Mantiene normalidad en pruebas analíticas y radiológicas así como estabilidad clínica, por lo que es alta con control en consulta. **DIAGNÓSTICO:** Infarto omental.

Conclusiones:

El dolor abdominal es una de las patologías que más vemos en los servicios de Urgencias hospitalarios, por lo que hay que tener claro siempre si se trate o no de abdomen agudo y, en este caso, realizar un diagnóstico diferencial. Las principales causas en el adulto de abdomen agudo son: apendicitis aguda, obstrucción intestinal, úlcus péptico perforado, pancreatitis y colecistitis aguda. Pero en ocasiones, nos podemos encontrar con causas menos frecuentes como es el infarto omental. Es importante conocerlo para pensar en ello.

P-1408

DÉFICIT VISUAL, NO SIEMPRE ES PATOLOGÍA OCULAR

**C Fernández Pereda, B Sáinz Santos, C de León Rivas,
A González San Emeterio, R Hernando Fernández,
D López Fernández, A Sáinz Arroyo**

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras clave: adenoma, hipófisis, agudeza visual

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: Los adenomas hipofisarios son la causa más frecuente de lesiones ocupantes de espacio (LOEs) a nivel selar en mayores de 30 años, representando el 10% de los tumores intracraneales. Las masas selares suelen manifestarse con clínica neurológica (compresión o infiltración de estructuras) fundamentalmente déficit visual, o bien con síntomas relacionados con alteraciones hormonales, en el caso de ser secretores. El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen (RNM) y el tratamiento habitual suele ser la cirugía transefenoidal en el momento que dan síntomas. **OBJETIVO:** Dado que habitualmente son un hallazgo incidental, pacientes con focalidad neurológica deben ser correctamente explorados y si precisa, realizar pruebas de imagen complementarias. **PACIENTE Y MÉTODOS:** Mujer de 48 años que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de disminución de agudeza visual bilateral y cefalea holocraneal de 24 horas de evolución. La paciente había acudido por visión borrosa 2 veces en los últimos 15 días. A la exploración neurológica: consciente y orientada en las 3 esferas, funciones intelectuales superiores conservadas, disminución agudeza visual bilateral con imposibilidad para contar dedos a un metro, reducción concéntrica de campos visuales, isocoria midriática bilateral con reflejo fotomotor y consensuado disminuidos. Movimientos oculares consensuados normales. Resto exploración física normal. **RESULTADOS:** Fondo de ojo normal. Se realiza TAC craneal objetivándose LOE intraselar y RNM donde se aprecia LOE intra y supra selar de 32x28x26 mm con invasión de ambos senos cavernosos y compresión quiasmática y de nervios ópticos. Se realiza ingreso en Neurocirugía completando el estudio y realizando intervención quirúrgica de macroadenoma hipofisario no funcionante con postoperatorio sin complicaciones.

Conclusiones:

Ante patología no muy frecuente como pueden ser los macroadenomas hay que prestar especial atención a la clínica y forma de presentación, y siempre hacer una exploración reglada. Esta paciente había acudido 2 veces en los 15 días previos por visión borrosa siendo dada de alta únicamente con fondo de ojo normal, pensando únicamente en patología ocular, por lo que debemos valorar en la medida de lo posible al paciente de manera global intentando no parcelar su patología.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1409

RADICULOPATÍA MOTORA GRAVE TRAS ACCIDENTE EN MOTO ACUÁTICA

P Carrillo Fernández-Paredes, LE Cárdenas Bravo,
L Sánchez Martínez, JM Berrospi Melgarejo, TA Quirós Figallo

Hospital General Universitario Santa Lucía. Murcia

Palabras clave: plexo braquial, traumatismo, arrancamiento

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: Las raíces nerviosas del plexo braquial incluyen C5, C6, C7, C8, T1. Las lesiones del plexo braquial son frecuentes en varones jóvenes y ocasionan parálisis o alteraciones en la sensibilidad de la extremidad a la que inervan. Pueden ser resultado de traumatismos, tumores o enfermedades inflamatorias. Algunas lesiones pueden resolverse sin tratamiento y en otras es necesaria la cirugía. **OBJETIVOS** Patología neurológica **MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:** Varón de 30 años, sin antecedentes de interés, que refiere haber sufrido traumatismo a nivel pectoral izquierdo contra el agua tras perder el control de la moto acuática. Presenta dolor cervical y dorsal alto, además de parestias en MSI. No pérdida de conocimiento ni otra clínica asociada. **RESULTADOS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** En urgencias: EF: GCS 15/15. Pupilas IC, NR. PPCC normales. Fuerza 2/5 en hemicuerpo izquierdo. Hipoestesia y disestesias en dermatomas C6-C7 izquierdos. Hiperreflexia 4/5 en hemicuerpo izquierdo. RCP bilateral. Tono muscular normal. Analítica: normal. Rx hombro: normal. TC craneal: normal - TC cervical, dorsal, lumbar: Se observa línea de fractura no desplazada en apófisis transversa derecha de C7. Cuerpos y discos conservados. En planta: RM cervical, dorsal, lumbar: En el nivel C5-C6, adyacente a la vertiente anterior de la médula, se observa pequeña imagen extramedular de morfología lineal, compatible con pequeño foco hemorrágico. Arrancamiento radicular, fundamentalmente a nivel C7. Alteración de la señal en musculatura paravertebral izquierda en probable relación con edema por rotura fibrilar. **Conclusión:** Arrancamiento de la raíz de C7 izquierda. Pequeña contusión en el cordón lateral medular ipsilateral. EMG: radiculopatía grave pre y post-ganglionar en C5-C6 y C7 y moderada en C8 y D1. Potenciales evocados medulares normales. **EVOLUCIÓN:** se ingresa en neurocirugía para estudio. Es valorado por traumatología confirmando clínicamente lesión severa de plexo braquial izquierdo. Evoluciona favorablemente aunque sin recuperación completa, se indica rehabilitación, analgesia y cirugía en 3 meses.

Conclusiones:

Presentamos el caso de un paciente, que tras traumatismo en región pectoral presenta lesión severa del plexo braquial con pronóstico incierto. La mayoría de las lesiones del plexo braquial son traumáticas por accidentes de tráfico y el 70% de éstas, por accidentes de motocicleta o ciclomotor por arrancamiento del plexo tras estiramiento.

P-1410

TIROIDITIS SUBAGUDA

JM Sánchez Hernández (1), MY Orellana Gómez (1),
VE Fermín Ramírez (1), B López Benítez (2), MR Frías Hervás (2),
F Reviejo Rodríguez (1), H Rodríguez García (1)

(1) Centro de Salud Ávila Estación, (2) Centro de Salud Ávila Suroeste. Ávila

Palabras clave: tiroiditis, tiroiditis subaguda de Quervain, tiroiditis granulomatosa

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Hombre de 49 años, sin antecedentes de interés, ni hábitos tóxicos, quien acude a Urgencias por presentar fiebre diaria (38°C), con predominio vespertino, de 3 semanas de evolución, asociado a malestar generalizado, mialgias, astenia, odinofagia, molestias en la zona anterior del cuello y pérdida de 4 kg de peso en los últimos 20 días. En la Exploración destaca: febrícula (37,5 °C), odinofagia sin hiperemia de orofaringe, discreto dolor a la palpación en región cervical anterior. Resto anodino. En Analítica se observa: Hemograma con fórmula y recuento, Coagulación, Bioquímica, Iones, Perfil Hepático, Lipídico y Renal normales, elevación de la VSG (77mm) y PCR (6.46mg/dl), con Ac Anti Nucleares Negativo, Anti Tiroglobulina (14.65 U/ml) Anti Microsomales (16.3U/ml), Ac anti receptores TSH (<0.90 mU/m). TSH suprimida (<0.01), T3 Libre (4.94) y T4L (1.78). Se toma muestra de Exudado faríngeo/amigdalario para cultivo, donde se obtiene Flora Saprofita, el Cultivo de hongos, los Hemocultivos y el Urocultivo fueron Negativo y en el Test de Mantoux no se detecta halo de induración. La serología de enfermedades Virales (VHA, VHB, VHC, VIH, CMV, EB) fueron negativas. Se realizan pruebas complementarias: Rx. de Tórax, ECG, y Ecografía de Abdomen, resultando todos normales, excepto la Ecografía Tiroidea en la que se objetiva un aumento de tamaño de la glándula (LTD de 42 x 20 x 24.6 mm, istmo con espesor de 4mm y LTI de 36.6 x 20 x 23mm, en los diámetros CC x T x AP respectivamente), con alteración de la morfología y disminución de la ecogenicidad y ecoestructura homogénea. No se visualizan nódulos. No adenomegalias laterocervicales. Los Hallazgos compatibles con tiroiditis subaguda.

Conclusiones:

La tiroiditis subaguda es una inflamación de la glándula tiroidea secundaria probablemente a una infección viral, relativamente frecuente (5%) y constituye la causa más común de tiroides doloroso. Sus Síntomas son: astenia intensa, malestar general y dolor en la zona tiroidea. Se trata con AINEs si los síntomas son leves, sin embargo, en presencia de tirotoxicosis y síntomas intensos es necesario administrar corticoides orales y betabloqueantes. La evolución de la enfermedad puede ser de varios meses y generalmente no suele recidivar.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1411

SÍNDROME CONFUSIONAL EN MUJER DE 33 AÑOS

J Amor Valero, E Oliveros Aceves, C Minguito Parra, A Migueláñez Valero, B Borraz Espejo, E González Reinaldo, R González Ferrer

Hospital Infanta Elena. Madrid

Palabras clave: coma, hipoglucemia, insuficiencia suprarrenal

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Enfermedad Actual: Acude a urgencias traída por familiares una paciente de 33 años por presentar decaimiento y en las últimas horas confusión y síncope. Antecedentes personales: En estudio por amenorrea tras parto. Exploración Física: Tensión Arterial 86/51 mm Hg, frecuencia cardiaca 74 latidos por minuto, saturación de oxígeno 97%, glucemia 17 mg/dL. Inconsciente, Glasgow 6, palidez cutánea. Pupilas isocóricas normorreactivas a la luz. Reflejo corneal presente y cutáneo plantar flexor. Auscultación cardiopulmonar: Tonos cardiacos rítmicos sin soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, depresible sin signos de irritación peritoneal. Extremidades inferiores sin edemas ni signos de trombosis. Pruebas complementarias: Electrocardiograma y TAC sin alteraciones. Analítica en urgencias: glucosa 25 mg/dL, gasometría venosa con pH 7,26 bicarbonato 27 y lactato 12. Sistemático de orina con glucosuria y cuerpos cetónicos. Tóxicos en orina negativos. Resto de valores dentro de límites normales. Evolución: Inicialmente se administra Glucosmón intravenoso y Glucagón intramuscular con mejoría de glucemia y nivel de conciencia, manteniendo tensión arterial de 80/60 mm Hg e iniciándose sueroterapia (glucosado y fisiológico). Presenta episodios de hipoglucemias (50 mg/dL) con respuesta a la administración de suero glucosado al 10%. En analítica posterior, persistencia de hipoglucemia y corrección de acidosis metabólica y glucosuria. Se solicita posteriormente cortisol, que resulta indetectable, iniciando tratamiento con hidrocortisona y levotiroxina con mejoría del cuadro. En el ingreso, se realizan estudios de imagen sin alteraciones a nivel hipofisario y en ecocardiograma presentaba insuficiencia mitral moderada. Diagnóstico diferencial: En los cuadros de hipoglucemia, descartado el origen farmacológico (insulina, antidiabéticos orales, alcohol o quinolonas) deben investigarse alteraciones endocrinas como la insuficiencia suprarrenal o hipofisaria. También hay que considerar otras causas de hipoglucemia como las presentes en situaciones de insuficiencia hepática (cirrosis, hepatopatías), insulinomas, síndromes paraneoplásicos, enfermedades por depósito de glucógeno, o síndromes de malabsorción. Juicio clínico: Hipoglucemia e hipotensión secundarias a insuficiencia suprarrenal por síndrome de Sheehan y miocardiopatía funcional secundaria a panhipopituitarismo

Conclusiones:

La insuficiencia suprarrenal constituye una causa de hipoglucemia e hipotensión mantenidas. Su diagnóstico puede ser difícil si no se sospecha y es importante conocerlo por la necesidad de terapia hormonal para corregirlo y evitar sus complicaciones metabólicas asociadas.

P-1412

HIPERTENSIÓN GESTACIONAL: ¿SEGUIMIENTO?

AM Gutiérrez García (1), MM Reina Martín (2), D Ternerero Escudero (3), M Adell Ruiz de Leon (4), J Chacón Huertas (5), M Rodríguez Ordóñez (6), M Pedrosa del Pino (6)

(1) Centro de Salud Puerta Blanca. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga, (2) Centro de Salud Portada Alta. Hospital Virgen de la Victoria Málaga, (3) Centro de Salud Delicias. Hospital Virgen de la Victoria Málaga, (4) Centro de Salud La. Málaga

Palabras clave: hipertensión maligna, hipertensión inducida en el embarazo, insuficiencia renal

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer 28 años en lactancia, residente en medio rural. Hipertensión gestacional en primer embarazo hace 5 años sin tratamiento ni seguimiento médico desde entonces. Astenia intensa y cefalea con malestar general de 3 semanas de evolución. Desde hace 3 días, agudización del cuadro con vómitos de contenido alimenticio, disnea progresiva hasta hacerse de reposo y ortopnea. Según refiere los familiares, algún episodio de epistaxis aislada. Acude derivada por su médico de atención primaria por mal estado general e insuficiencia respiratoria. A su llegada a urgencias, se constata mal estado general junto con palidez mucocutánea y dificultad respiratoria. Signos de mala perfusión en piel y mucosas. Mal estado general, taquipneica en reposo a 40 rpm, tensión arterial 221/150. Frecuencia cardiaca 150 lpm. SatO2 89% con oxigenoterapia con reservorio. Auscultación cardiorrespiratoria: rítmico sin soplos. Crepitantes gruesos en ambos campos pulmonares. Abdomen anodino. Pruebas complementarias: ECG: Taquicardia sinusal a 130 lpm. Radiografía de tórax: Infiltrado alveolar alodonoso bilateral. Analítica sanguínea: Hemoglobina 7.3. Leucocitos 23.000 (Neutrófilos 93.8%). Coagulación normal. Glucemia 197. Creatinina 12.24. Sodio 125. PCR 57.3 pH 7.29. pCO2 26.2. HCO3 14. TC Tórax: Extensas áreas de condensación parcheadas alodonosas confluentes bilaterales con zonas en vidrio deslustrados difusas en relación con hemorragia alveolares. Oftalmoscopia directa: papiledema bilateral. EcoDoppler de riñón: Aumento de ecogenicidad cortical renal bilateral (nefropatía parenquimatosa). Serología y Autoinmunidad negativas. Evolución: Inicia tratamiento con nitroglicerina, urapidilo y furosemida. En las primeras 24 horas, anemia importante con signos de hemólisis intravascular y plaquetopenia. Se realiza hemodiálisis, plasmaféresis y trasfusión de varios concentrados de hematíes. Evolución favorable durante ingreso con oligoanuria y normalización de cifras tensionales. Resolución de la clínica respiratoria. Al alta, tratamiento antihipertensivo y control en centro de diálisis. Juicio Clínico: HTA maligna complicada con hemorragia alveolar, fracaso renal agudo y anemia hemolítica. Diagnóstico diferencial: Síndrome de GoodPasture. Síndrome Hemolítico-urémico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

Conclusiones:

La hipertensión arterial es una enfermedad prevalente en nuestro medio, aunque relativamente infrecuente en pacientes jóvenes sin factores de riesgo. Está establecida la hipertensión gestacional como patología autolimitada tras embarazo, no obstante resulta fundamental realizar un seguimiento de estos pacientes para asegurar su no progresión a estadios más avanzados con complicaciones de la enfermedad.

P-1413

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO Y ANTICOAGULACIÓN: MÁS ALLÁ DE LA HEMORRAGIA

C Salas Pelayo, E Cobo García, A Córdoba Alonso, M Lisa Gracia, C Marcote Ibáñez, S Neila Calvo, G García Catalán

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras clave: traumatismo encefálico, acenocumarol, fractura

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 79 años, anticoagulado con Acenocumarol por Fibrilación Auricular que acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital tras caída accidental desde su propia altura, con traumatismo craneoencefálico (TCE). El paciente presenta una puntuación en la escala de glasgow de 15, desorientación temporoespacial, sin otra focalidad neurológica. La exploración sistémica es anodina. Analíticamente presenta: creatinina de 1,35 mg/dl, INR 2,36. Por encontrarse anticoagulado y algo desorientado, y ante el riesgo de hemorragia se realiza TAC CRANEAL urgente, informado como ?ausencia de signos de hemorragia ni expansividad intracraneal, contusión en cuero cabelludo frontal izquierda sin evidencia de líneas de fractura, infarto lacunar crónico en núcleo caudado izquierdo y discreta atrofia cortico-subcortical panencefálica?. Descartada la hemorragia intracraneal, el paciente es dado de alta a su domicilio con información sobre los signos de alarma. Mes y medio después, acude de nuevo por cervicalgia y cefalea intensas y pérdida progresiva de la fuerza en miembros superiores desde la caída. A la exploración destaca: fuerza en miembro superior derecho: Biceps 4/5, Triceps 3/5, Deltoides 3/5, prensión mano 4/5, pronosupinadores 4/5, izquierdo: Biceps 4/5, Triceps 3/5, Deltoides 2-3/5, y dolor a la movilización cervical y actitud en rotación externa derecha y flexión de la misma (resto normal). Se realizan radiografías cervicales y se confirma por TAC el hallazgo de una fractura conminuta de la porción superior del cuerpo del axis con extensión a la apófisis transversa derecha y desplazamiento anterior de la apófisis odontoides.

Conclusiones:

Las hemorragias intracraneales son una complicación temida del TCE y por eso se llevan la mayor parte de nuestra atención, sobre todo en los pacientes anticoagulados, pero la anticoagulación no excluye la posibilidad de presentar cualquiera de las lesiones que pueden ser consecuencia de dichos traumatismos. Por tanto, una buena exploración física con evaluación de la fuerza muscular por grupos y de la sensibilidad, así como valoración del dolor a la palpación en toda la columna vertebral, y la realización de radiografías simples, al menos en proyección lateral es una buena aproximación para evitar errores de diagnóstico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1414

UN EXTRAÑO COMA

J López Pérez (1), A Ortega Requena (1), P Abellán García (1),
F Lafuente Salanova (2)

(1) Hospital Universitario Reina Sofía. Murcia, (2) CS Santomera.
Murcia

Palabras clave: coma, neurology, seizures

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Mujer de 34 años traída a Urgencias por O61 tras ser encontrada por su familia dormida sin responder a estímulos. AP: no AMC. Ansiedad en seguimiento por psiquiatra. Episodios disociativos con deterioro neurológico de resolución espontánea. Tratamiento crónico: Rivotril, Citalopram, Gabapentina, Deprax. EA: la paciente es encontrada por O61 en el sofá de casa con pérdida de consciencia y con un episodio de movimientos tónico-clónicos autolimitados sin trismus ni pérdida de control de esfínteres. A la exploración presentaba CGS 3/15, taquicardia e hipotensión. A su llegada al hospital continua inconsciente con CGS 3/15, en analítica acidosis respiratoria y vuelve a presentar movimientos tónico-clónicos. Se realiza TC Craneal normal y se procede a IOT e ingreso en UCI. EF y exploraciones complementarias: CGS 3/15. Reflejo cutáneo-plantar indiferente. Pupilas midriáticas perezosas. Ausencia de reflejo corneal. ACP: normal. pH 7.22, pCO₂ 67, CO₃H 27, resto normal. Rx tórax y ECG normales. En UCI: pares craneales patológicos (oculo-vestibular, oculo-cefálicos, corneal, nauseoso y tusígeno). Punción Lumbar: 1 leucocito, 2 hemáties, proteínas 55, ausencia PMN. Se trata con Levetiracetam y Fenitoina. Tras 36 horas sin sedación la paciente despierta consciente y orientada, logrando destete de VMI. En planta de Neurología: RNM y EEG normales. Ausencia de síntomas y focalidad neurológica, por lo que se da de alta a cargo de Psiquiatría por probable síndrome conversivo, ya que no se ha detectado causa orgánica que justificara el cuadro.

Conclusiones:

Las alteraciones de la conciencia son cuadros difíciles de clasificar. El coma se trata de una urgencia médica. Es un estado patológico caracterizado por inconsciencia resistente a estímulos externos. No es una enfermedad en sí misma, sino un síndrome. Las causas y etiologías del coma son múltiples. Pero en Urgencias debemos realizar un diagnóstico sindrómico rápido. El coma se clasifica en dos grandes grupos: Estructural y metabólico. La exploración física neurológica es una herramienta básica y que nos proporcionará mucha información del nivel de Coma. Utilizaremos la Escala de Coma de Glasgow. También realizaremos analítica con gasometría y tóxicos, un ECG y un TC craneal para encuadrar el coma en uno de los grandes grupos etiológicos y si es posible iniciar algún tratamiento útil.

P-1415

DOCTORA, ¡NECESITO AZÚCAR!

MJ Martínez Valero, MP Suárez BeKe, P Lázaro Aragüés,
JA Sánchez Nicolás, N Rodríguez García, A Marco Berna

Hospital Universitario Reina Sofía. Murcia

Palabras clave: hypoglycemia, insulinoma, jaundice

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

MOTIVO DE CONSULTA: Hipoglucemia. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. Hipertensión arterial, no diabetes. ENFERMEDAD ACTUAL: Varón de 80 años, sin diabetes conocida, que consulta por hipoglucemia mantenida a pesar de comer con normalidad de varios días de evolución. Presenta clínica de hipoglucemia (somnolencia, palpitaciones y sudoración profusa). Orinas más oscuras en meses anteriores. No nueva medicación. EXPLORACIÓN FÍSICA: Tensión arterial 172/98, frecuencia cardíaca 78 latidos por minutos, saturación de oxígeno 97%, afebril, glucemia capilar 43. Regular estado general, consciente, ligeramente somnoliento, ictericia marcada en piel y mucosas. Auscultación cardio-pulmonar: normal. Abdomen: globuloso, blando y depresible, ligeramente doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal, hepatomegalia de dos traveses de dedo, ruidos hidroaéreos conservados. Tacto rectal: dedil con resto de heces de color amarillento-blancuecinas. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: analítica destaca glucemia 42, GPT 232, amilasa normal. En orina amilasa negativo, sedimento: urobilinógeno aumentado. Radiografía de tórax y abdominal: sin patología aguda. Ecografía abdominal destaca: hígado aumentado de tamaño sin lesiones focales, vía intra y extrahepática dilatadas, páncreas no dilatado, sin lesiones visibles, vesícula distendida sin litiasis en su interior. Riñones bien delimitados. EVOLUCIÓN: pasa a camas de observación, con sueroterapia glucosada y glucosmon por hipoglucemia refractaria. Se realiza tomografía computarizada con contraste abdominal que indica tumoración en intestino delgado que comprime colédoco. El paciente mantiene cifras de glucosa disminuidas a pesar de dieta rica en glucosa, que precisan glucosmon, sueros glucosados en perfusión continua, glucemias horarias y monitorización continua. DIAGNÓSTICO FINAL: Tras valorar clínica y pruebas complementarias, el diagnóstico final más probable es insulinoma que comprime colédoco. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Hipoglucemia por antidiabéticos orales. Hipoglucemia por insulina. Hipoglucemia autoinmune. Hiperinsulinemia endógena. Las pruebas complementarias en sangre necesarias para realizar un diagnóstico diferencial de hipoglucemia: glucosa, insulina, péptido-C, Beta-hidroxibutirato, proinsulina, niveles de sulfonilurea y meglitinidas. La elevación de la insulina en plasma, el péptido C y la proinsulina es típico en pacientes con insulinoma, hipoglucemia inducida por antidiabéticos orales (en la que sulfonilurea y metiglinidas están presentes en el plasma), hipoglucemia autoinmune y en la hiperinsulinemia endógena debido a la hipertrofia de islotes. Los valores de insulina plasmática son elevados en la administración exó-



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

gena de insulina, mientras que los valores del péptido C y proinsulina son bajos. La presencia de anticuerpos contra el receptor de insulina distingue la hipoglucemia autoinmune del insulinoma.

Conclusiones:

Es importante realizar un diagnóstico diferencial en la hipoglucemia así como una correcta anamnesis. Resaltar también la actuación en Urgencias ante el paciente con hipoglucemia, que requiere monitorización constante con glucemias horarias, debido a las consecuencias graves que derivan de una hipoglucemia.

P-1416

FÍSTULA AORTOESOFÁGICA PRIMARIA, PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

OD Navarro Aparicio, M Castro García, I Bustelo Gómez, C Valladares Jiménez, MV Alonso Pino

Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz

Palabras clave: fístula esofágica, endoscopia, angiografía

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 80 años que acude por deterioro del estado general con primer episodio de melenas objetivadas en tacto rectal. Analíticamente presenta una Hb 6,70 g/dL con urea elevada, manteniendo tensiones pero taquicardico. Se contacta con endoscopista de guardia para realización de EDA, previamente se inicia transfusión de hemoderivados. Durante la transfusión el paciente presenta dos vómitos hemáticos con anemia que precisan transfusión de otros dos concentrados de hematíes y requieren estabilización del paciente previo traslado a hospital de referencia para realización de EDA. En EDA se objetiva masa pulsátil en pared posterior del esófago con sangrado a través de su luz. Se realiza angioTAC urgente donde se visualiza aneurisma dependiente de pared posterior de cayado aortico con aire en su interior, por fistulización esofágica y cayado aórtico en porcelana. El paciente es valorado por cirugía vascular desestimándose cirugía por imposibilidad de colocación de endoprótesis. Subitamente comienza con empeoramiento del estado general y disminución del nivel de consciencia. Tras consensuar con la familia la limitación del esfuerzo terapéutico ante la imposibilidad de abordaje quirúrgico, se decide sedación paliativa con fallecimiento en las horas posteriores.

Conclusiones:

La fístula aortoesofágica es una entidad infrecuente. La primaria tiene una bajísima incidencia, de hasta 0,007/millón/año, ocurre en una aorta sin antecedentes de cirugía previa por aneurisma aórtico o úlcera aterosclerótica penetrante, cuerpos extraños o enfermedades malignas gastrointestinales. O bien secundaria a complicaciones quirúrgicas con una incidencia de hasta el 2%. Tiene una alta tasa de mortalidad, casi del 100% tanto si son o no intervenidas. Debido a la elevada mortalidad debe incluirse como diagnóstico diferencial en pacientes con sintomatología acorde y alta sospecha. La endoscopia tiene una sensibilidad diagnóstica baja, del 25-62%, por tanto, el diagnóstico definitivo nos lo dará una prueba de imagen. En la angiografía convencional se detectará, como en nuestro paciente, gas en la luz aórtica. De elección siempre que se disponga de ella será la angiografía por TCMD, donde veremos una extravasación de contraste desde aorta a esófago. El tratamiento definitivo va a ser la cirugía endovascular con colocación de endoprótesis aortica y esofágica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1418

DOCTORA, NO ME PUEDO LEVANTAR

**Y García González (1), E Ferrero Fernández (2),
Z Vázquez Álvarez (1), S Sánchez Menéndez (1),
S Moreno García (1), P González-Quirós Fernández (2)**

(1) Hospital del Oriente de Asturias, (2) Hospital Valle del Nalón.
Asturias

Palabras clave: parestesias, disartria, neurológico

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

MOTIVO DE CONSULTA: parestesias. **ANTECEDENTES PERSONALES:** NAMC. Ex-fumador de 30 cigarrillos/día. HTA de larga evolución a tratamiento. No intervenciones quirúrgicas. **HISTORIA ACTUAL:** paciente de 61 años que presenta parestesias distales progresivas distales y ascendentes de 24 horas de evolución acompañadas de pérdida de fuerza con imposibilidad para la bipedestación, disartria y osciloscopia. Niega fiebre y clínica infecciosa en los días previos. Sí refiere picadura de garrapata 48 horas antes. Inicialmente acudió a su médico de Atención Primaria que le pautó antivertiginosos sin mejoría clínica, posteriormente acude a su hospital comarcal donde es diagnosticado de Sd. Guillain Barré y se traslada a Neurología del hospital de referencia. **EXPLORACIÓN FÍSICA:** Glasgow 15, orientado. Lenguaje disártrico. Pares craneales centrados, pupilas normoreactivas isocóricas. No focalidad neurológica. Claudicación de extremidades e hipoestesia distal, reflejos conservados. No signos de picaduras de insectos. Resto normal. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Analítica sin alteraciones. Punción lumbar: sin alteraciones en líquido cefalorraquídeo. Angio TAC troncos supraórticos y TAC de cráneo sin hallazgos patológicos. **EVOLUCIÓN:** ingresa a cargo de Neurología. Ante la posibilidad de Sd. Guillain Barré contra otro cuadro de etiología autoinmune, de inicia tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas a dosis convencional de forma lenta. Evoluciona satisfactoriamente y el cuadro neurológico remite, persistiendo al alta tan sólo una discreta claudicación de extremidades. **DIAGNÓSTICO:** Síndrome de disfunción del tronco de encéfalo rápidamente progresivo.

Conclusiones:

Ante la presencia de polineuropatías agudas debemos realizar un buen diagnóstico diferencial: Sd Guillán Barré, infecciones (VIH, Lepra, Difteria), síndrome paraneoplásico, porfiria, uremia o tóxicos como arsénico. En este caso, se etiquetó de Guillán Barré erróneamente ya que en éste existe arreflexia. Por tanto, una buena exploración neurológica sistemática es esencial.

P-1419

SE ME DUERME EL CUERPO, ¿QUÉ ME ESTÁ PASANDO?

S Díez Morales, A López Tarazaga, T Gómez González, P Gutiérrez García, Y González Silva, A Delgado de Paz, M Rubio González

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Palabras clave: polineuropatía, parestesia, mycoplasma pneumoniae

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 39 años, sin alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos ni FRCV. No antecedentes personales de interés. Motivo de consulta: Acude a Urgencias por cuadro consistente en parestesias en ambos pies, asociado posteriormente a parestesias en ambas manos (de predominio palmar). Presenta adenopatías laterocervicales dolorosas. Cinco días antes recibió tratamiento antibiótico por malestar general asociado a febrícula, dos episodios diarreicos y erupción cutánea ya resuelta, persistiendo malestar. Exploración física: TA 119/76 FC 76 lpm SatO₂ 97% T° 36°C Carótidas rítmicas, simétricas, adenopatías laterocervicales bilaterales ACP: rítmica, no soplos, mvc. Abdomen blando, no doloroso, no visceromegalias ni signos de irritación peritoneal. E. Neurológica: Signos meníngeos negativos. Pupilas isocóricas, normoreactivas, campimetría por confrontación normal. No asimetrías faciales, resto de pares sin focalidad. Disestesias en pies y manos. Balance motor conservado. No declinación con Barré. No dismetrías. ROT simétricos. RCP flexor bilateral. Marcha normal. Romberg negativo. Exploraciones complementarias: Analítica de urgencias: Hemograma normal, en la bioquímica destaca PCR de 56, LDH 276, (iones, función hepática y renal y CK normales y coagulación normal). Tóxicos en sangre y orina negativos. ECG: RS a 75 lpm sin alteraciones RX tórax normal. TC craneal sin hallazgos patológicos. Diagnóstico diferencial: Polineuropatía secundaria a infección, Guillain Barré, alteraciones metabólicas (hipopotasemia, déficit B12...) Diagnóstico final: Síndrome de Guillain Barré secundario a infección por Mycoplasma Pneumoniae Evolución: La paciente fue ingresada en neurología para completar estudio y tratamiento. El estudio neurofisiológico confirmó polirradiculopatía inflamatoria aguda sensitivo motora, iniciándose tratamiento con inmunoglobulinas. B12, fólico, autoinmunidad, serologías (Lues, VIH, VHS, CMV, Borrelia, Brucella, C. Jejun, Mycoplasma Pneumoniae) fueron normales, al igual que el examen de LCR. Comienza con importante deterioro neurológico progresivo que requiere su ingreso en UCI, donde se objetivó seroconversión de Mycoplasma Pneumoniae. Como complicaciones asociadas presentó un SIADH y traqueobronquitis por H. Influenzae.

Conclusiones:

Existen múltiples etiologías para las polirradiculoneuropatías simétricas agudas, siendo muy importante llegar a un correcto diagnóstico con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado. El Síndrome de Guillain Barré o Polirradiculopatía inflamatoria aguda desmielinizante.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

zante, en el 75% de casos va precedido por una infección aguda, usualmente respiratoria o gastrointestinal, asociándose en escasas ocasiones a infección por *Mycoplasma Neumoniae*. Su tratamiento a base de inmunoglobulinas y fisioterapia puede requerir ingreso en UCI. Aproximadamente el 80% de pacientes se recupera completamente en un año.

P-1420

¡QUÉ TENSIÓN!

**MJ Cárdenas Isasi, D Martín Iglesias, P Patiño Haro,
A Von Wernitz Teleki, C del Arco Galán**

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

Palabras clave: hipertension, renovascular, hypertensive retinopathy, fibromuscular dysplasia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 22 años sin antecedentes que, estando en el autobús, comienza con cefalea holocraneal intensa y vómitos seguido de presíncope. Episodios similares aunque de menor intensidad en el último año, autolimitados, no estudiados. Al llegar a Urgencias, cifras de TA de 250/150 mmHg, frecuencia cardíaca de 80 lpm, afebril, saturación de oxígeno de 99% basal y glucemia de 125 mg/dl. Glasgow 13 sin otras alteraciones a la exploración. Realizamos TAC cerebral inmediato, sin hallazgos e iniciamos tratamiento con urapidilo y labetalol. En analítica 12.000 leucocitos/mm³, función renal normal, potasio 2,6 mEq/L, sodio 134 mEq/L, perfil hepático y coagulación sin alteraciones. Orina con potasio 10.4 mmol/L, sodio 9.0 mmol/L, osmolaridad de 191.0 mosm/Kg, test de embarazo negativo. Electrocardiograma y radiografía tórax sin alteraciones. Fondo de ojo con retinopatía hipertensiva grado III bilateral con hemorragia retiniana en ojo derecho. La paciente ingresa en UCI y para estudio de HTA secundaria se solicita determinación de renina y aldosterona, obteniéndose elevadas, y se realiza TAC abdominal donde se objetiva estenosis completa de la arteria renal derecha. Ya en planta de Medicina Interna se realiza angiografía renal que confirma la estenosis y se realiza angioplastia de la misma, normalizándose la TA en MAPA realizado días después, ya sin fármacos. Por último, se realiza estudio doppler de troncos supraaórticos que es negativo, estableciéndose el diagnóstico de displasia fibromuscular subtipo tubular.

Conclusiones:

La emergencia hipertensiva consiste en la elevación aguda de la presión arterial que se acompaña de alteraciones orgánicas graves que suponen un riesgo de lesión irreversible y amenazan la vida del paciente, por lo que requiere un descenso precoz de las cifras de presión arterial en el plazo de pocas horas con la administración de tratamiento endovenoso a nivel hospitalario y monitorización para vigilancia intensiva. Así mismo, requiere de la realización de un diagnóstico diferencial rápido de cara a descartar posibles causas graves como accidentes cerebrovasculares agudos, pre-eclampsia/eclampsia o patología renal o suprarrenal para intentar establecer un tratamiento curativo. El manejo que requieren este tipo de pacientes es por tanto integral, rápido y multidisciplinar y comienza desde que llega el paciente a la Urgencia.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1421

CEFALEA TRAS ESFUERZO

P Molina García (1), MP Ortigosa Arrabal (1), N Espina Rodríguez (2)

(1) Urgencias. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. (2) Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga

Palabras clave: headache, nuchal rigidity, low cerebrospinal fluid pressure

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 30 años sin antecedentes ni tratamiento de interés. Acude por cefalea de horas de evolución que no cede con analgesia. Comenzó a las 2 hrs de haber realizado un sobreesfuerzo (cogió una TV de 47??). Refiere cefalea holocraneal occipital que se irradia hacia zona fronto-orbitaria, acompañado de náuseas. Mejora en decúbito pero reaparece al incorporarse. A la exploración presenta una exploración neurológica normal, pero destaca una marcada rigidez nuchal. PPCC: - Analítica sangre: sin hallazgos - Analítica orina: normal. - TAC craneal: sin alteraciones. - LCR: hematíes 10, resto negativo. Se decide ingreso a cargo de Neurología, donde se realiza: - RMN cerebral donde se aprecia realce parenquimatoso de aspecto liso generalizado en relación con la sospecha clínica de hipotensión de LCR. Resto sin hallazgos. - RMN cervico-dorso-lumbar: normal - MielorMN: se observa extravasación de LCR por las raíces L1/L2, L2/L3, L3/L4 y L4/L5 por rotura de los divertículos radiculares en lado dcho, compatible con fuga de LCR. La causa más probable, dada la situación del agujero de conjunción, es la rotura dural a nivel de la salida radicular probablemente por divertículos radiculares. Juicio clínico: cefalea por hipotensión de LCR por rotura de vainas dures localizadas desde L1-L2 a L4-L5 derecha con origen espontáneo tras sobreesfuerzo. Plan: se decide derivar al Servicio de Neurocirugía del hospital de referencia. Finalmente, se realiza punción lumbar y colocación de parche hemático.

Conclusiones:

La paciente presenta mejoría progresiva, tolerando la sedestación y la deambulaci3n progresiva. La hipotensi3n intracraneal es un s3ndrome poco frecuente y se debe, en general, a la p3rdida de LCR, que hace que la PIC sea menor de 60 cmH2O. Produce un s3ndrome cl3nico caracter3stico: cefalea holocraneal que mejora o cede con el dec3bito, y en algunos casos diplop3a. La causa m3s habitual es la cefalea post punci3n lumbar por persistencia de salida de LCR tras la retirada del tr3car o tras anestesia epidural en las que se rompe la duramadre. El tratamiento es conservador, pero en casos refractarios se utilizan parches epidurales de sangre aut3loga que se inyecta para generar una reacci3n cicatricial que cierre la f3stula.

P-1422

¿CONVERSI3N O NO CONVERSI3N?

M Solis L3pez, S Charro Alonso, L Rivera Garc3a, S Su3rez Pi3era

Hospital de Cabue3es. Asturias

Palabras clave: trastornos somatoforme, epilepsia, servicios m3dicos de urgencia

3mbito del caso:

Hospitalaria

Historia cl3nica:

A prop3sito de 2 casos con antecedentes personales de trastorno de conversi3n atendidos en el servicio de urgencias. Mujer de 43 a3os que acude por contracciones r3tmicas de miembros superiores, progresivas, fijaci3n de la mirada, y posterior hiperextensi3n de las 4 extremidades evolucionando a paresia. Antecedentes personales de trastorno de estr3s postraum3tico por malos tratos. Ingresa en neurolog3a para estudio resultando todas las pruebas complementarias normales, recibiendo alta con tetraparesia residual a su problema psiqui3trico. - Var3n de 41 a3os que acude por cefalea hemicr3nea derecha s3bita que le despierta, náuseas, posterior p3rdida de conciencia y crisis comicial de 10 minutos de duraci3n. Antecedentes personales de par3lisis facial perif3rica derecha con lagofthalmos y hemiespasmio facial por extracci3n dental, e intentos de autolisis en relaci3n a limitaciones f3sicas de enfermedad de Perthes. Ante electroencefalograma normal mientras las crisis, ingresa en psiquiatr3a.

Conclusiones:

La somatizaci3n es la manifestaci3n de un malestar psicol3gico mediante s3ntomas som3ticos y consecuente b3squeda de ayuda m3dica, englob3ndose en este espectro al menos 6 patolog3as. Una de 3stas es el trastorno conversivo, constituye la expresi3n f3sica, no consciente ni simulada, de un conflicto psicol3gico subyacente. Los s3ntomas pueden referirse a uno o varios sistemas, abarcan desde una sintomatolog3a vaga hasta afectar las funciones motoras voluntarias o sensoriales. El trastorno conversivo es patolog3a desafiante para psiquiatras, neur3logos y urgenci3logos, siendo importante realizar diagn3stico precoz, los retrasos en el mismo condicionan un peor pron3stico y evoluci3n. Ante un primer episodio es necesaria una evaluaci3n exhaustiva del paciente aunque la dificultad en la pr3ctica cl3nica en urgencias recae fundamentalmente en el manejo de la aparici3n de nuevos s3ntomas en pacientes ya diagnosticados, en estos deber3 valorarse el realizar nuevas pruebas diagn3sticas e inicio terap3utico sin poder distinguir claramente si es un s3ntoma derivado de la esfera psicol3gica o no, ya que se estima que hay un 4 ? 15% de enfermedad org3nica mal diagnosticada en pacientes catalogados de trastornos conversivos. Otros aspectos a valorar son la hiperfrecuentaci3n, baja respuesta y adherencia a los tratamientos, as3 como falta de percepci3n como patolog3a psiqui3trica por parte del paciente.



3ndice tem3tico



3ndice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1424

LUMBALGIA CON DESENLAJE FATAL

M Jiménez Casado, N Ramírez Domínguez, Z Mateo Segura, L Rejas Morras, A Moreno Juste, C Ardiaca Sánchez-Villacañas

Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza

Palabras clave: lumbalgia, aneurisma, hipotensión

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 75 años sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de IAM posteroseptal (1992) e insuficiencia mitral leve, en tratamiento con antihipertensivos, betabloqueante, IBP, antilipemiente y AAS 100, que acude a Urgencias por dolor lumbar derecho de 24 horas de evolución irradiado a hemiabdomen inferior derecho y EID, asociado a náuseas y diarreas, refractario a tratamiento analgésico con metamizol 2g. No refiere coluria ni traumatismo previo a dicho nivel. A la exploración, T°: 36,5°C, TA 155/79, FC 76 lpm. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando con dolor difuso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal y puñopercusión renal bilateral negativa. Columna lumbar: maniobras de Lassegue y Bragard negativos, no se palpa contractura muscular paravertebral. EEl: sin edemas Se realizan radiografías de columna lumbar y abdomen en las que no se observan alteraciones, así como analítica donde sólo destaca leucocitosis con neutrofilia, y sedimento de orina normal. Se administra analgesia intravenosa clara mejoría sintomática y estando en sala de espera, el paciente presenta presíncope. Se reevalúa al paciente, y se objetiva mal estado general, sudoración profusa así como hipotensión arterial. A la exploración presenta abdomen duro, poco depresible y dolor a la palpación en hemiabdomen derecho, así como dificultad a la palpación de pulsos femorales. Ante la sospecha de patología aórtica, se solicita TAC abdominal que confirma el diagnóstico de aneurisma abdominal roto. Se interviene quirúrgicamente de urgencia, falleciendo durante la intervención.

Conclusiones:

La rotura del aneurisma aórtico abdominal es parte de la historia natural del aneurisma no tratado. Su presentación clínica plantea un diagnóstico diferencial con otras causas de dolor abdominal agudo: cólico renal, pancreatitis, diverticulitis, isquemia miocárdica de pared inferior, isquemia mesentérica, patología biliar? Esta clínica es inespecífica y puede llevar una demora en el diagnóstico. Su evolución clínica lleva a una rápida inestabilidad hemodinámica que puede progresar hasta la muerte. Las complicaciones post quirúrgicas en pacientes sometidos a cirugía de urgencia son altas, alcanzando hasta 56% de los casos de pacientes que sobreviven la cirugía. Las complicaciones más frecuentes incluyen la insuficiencia renal, patología respiratoria y fallo multiorgánico, reportada en 28%, 27% y 16% de los casos respectivamente.

P-1425

ACORDARSE DE LA MEDICACIÓN ES IMPORTANTE

M Picans Saurino (1), J Pérez Hopkins (2)

(1) Hospital Universitario de Burgos, (2) Centro de Salud Villaviciosa. Madrid

Palabras clave: hepatitis, ictericia, amoxicilina clavulánico

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

La ictericia es la coloración amarillenta de la piel, mucosas y fluidos corporales por exceso de bilirrubina visible cuando los niveles superan 2-2,5 mg/dl en la piel y previamente en la esclerótica (> 1,2 mg/dl). Presentamos a una mujer de 73 años sin alergias con antecedentes de dislipemia, insuficiencia mitral moderada e Insuficiencia aórtica ligera, síndrome tóxico de Colza y mareos ortostáticos. Tratamiento actual: Atorvastatina. Acude a Urgencias por Ictericia, prurito generalizado, coluria, acolia, hiporexia de días de duración. Inicialmente niega consumo de medicamentos diferente al habitual. Examen físico: Consciente y orientada. Hemodinámicamente estable. Ictericia de piel y mucosas. Lesiones de rascado en piel. Abdomen normal Resto sin alteraciones. Analítica: Leucocitos 5,82 $10^3/\mu\text{L}$ (Eosinófilos: 7.1%) Hb 14 g/dL Hto 41,4 % Glucosa 103 mg/ml urea 36 Creatinina 0,9 Sodio 139 mmol/L Potasio 3,4 mmol/L Bilirrubina total 5,9 mg/ml Conjugada 5,4 mg/ml GPT 234 mg/ml GOT 169 mg/ml LDH 243 mg/dl Fosfatasa alcalina 396 mg/ml Amilasa 86 mg/mL Coagulación normal Para filiar la ictericia se pide ecografía que al ser normal se convierte en scanner abdominal: Colecistopatía crónica. No dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática. Al día siguiente familiares recuerdan que paciente estuvo en tratamiento con Augmentine 500/125 mg cada 8 horas por 7 días por una infección dental Se planteo diagnóstico de hepatitis farmacológica cumpliendo criterios del consenso internacional de enfermedades hepáticas inducidas por drogas (2), además se tomo muestras para pruebas de hepatitis A, B, C, citomegalovirus, virus de Epstein-Barr, que fueron posteriormente negativos.

Conclusiones:

Al descartarse otras causas se plantea que la causa del daño hepático fuera la Amoxicilina-ácido clavulánico descrita por primera vez en 1988, en forma de colestasis (2), habiéndose descrito posteriormente otros casos en la bibliografía. La mayoría de los casos descritos se refieren a episodios de colestasis y menos frecuentemente de colestasiscitolisis. Las alteraciones hepáticas que se pueden predecir incluyen: alteraciones en la función. La presentación clínica es variada, siendo el patrón de lesión influenciado por la edad, predominando el hepatocelular entre sujetos jóvenes y el colestático/mixto entre sujetos de edad avanzada como es el caso de nuestra paciente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1426

DE LA NECROSIS DIGITAL A LA ESCLERODERMIA SÍSTEMICA EN UNA MISMA CONSULTA DE URGENCIAS

A Nieto Molinet (1), C Ibero Esparza (1), E Regidor Sanz (2),
N López Laguna (1), L Sánchez Iñigo (1), J Pascual Fernández (1)

(1) Hospital García Orcoyen, (2) Complejo Hospitalario Navarra.
Pamplona, Navarra

Palabras clave: systemic scleroderma, necrosis, skin

Historia clínica:

Introducción: La esclerodermia es una enfermedad crónica autoinmune que afecta principalmente a la piel. Aunque se trata de una enfermedad poco habitual en Urgencias hay que tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de lesiones o heridas en la piel. Objetivos: Considerar la esclerodermia en la valoración de las lesiones cutáneas. Caso clínico: Acude a Urgencias paciente de 59 años para valoración de quemadura a nivel de falange distal de 5º dedo de mano derecha (se adjunta imagen), que la paciente atribuye inicialmente a quemadura con una sartén. A la exploración impresiona de esclerodactilia, por lo que se insiste en la anamnesis a lo que la paciente reconoce afectación de los dedos desde hace un año, sin otra sintomatología acompañante. Atribuye su problemática al "reuma", del que dejó tratamiento hace años. Refiere estar en tratamiento antibiótico para la lesión cutánea. Exploración Física: TA 150/80 mmHg, 75 ppm', 35.1°C, SatO2 95%, FR 12 rpm. Facies con probable esclerosis peribucal. Piel: (se adjunta imagen) Esclerosis cutánea. Esclerodactilia franca, con alguna ulceración grado I, y necrosis "seca" sin signos de infección a nivel de falange distal de quinto dedo de mano derecha. ACP: Anodina. Se realizó analítica sanguínea con Hemograma sin leucocitosis y con fórmula normal. Se sospecha esclerodermia por lo que se realiza estudio radiológico y analítico inicial y se deriva a su hospital de referencia para seguimiento de su enfermedad. Este caso se trata de un caso de esclerodermia no diagnosticada o sin conciencia de enfermedad, que inicialmente consultó por quemadura en piel, pero que posteriormente, realizando una correcta anamnesis, se logró enfocar el caso en el tratamiento de la esclerodermia.

Conclusiones:

La esclerodermia es una entidad poco frecuente en nuestro ámbito aunque hay que tenerla presente ya que en el inicio de la enfermedad los pacientes pueden acudir a Urgencias para valoración de sus lesiones cutáneas. El motivo de consulta planteado en Urgencias siempre puede esconder otra realidad oculta.

P-1429

ROTURA ATRAUMÁTICA DE BAZO NORMAL DEBIDA A TOS INTENSA: RARO, PERO POSIBLE

E Bedeschi Bedeschi, A Delgado Campos, J Aguirre Sánchez,
F Díaz Muiños

Carballo. A Coruña

Palabras clave: bazo normal, tos intensa, hemoperitoneo

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Un paciente varón de 47 años, sin antecedentes de patología sistémica, no sometido a tratamiento alguno, fumador y bebedor habitual moderado, es traído a nuestro Servicio de Urgencias, por presentar, desde hace 48 horas, un cuadro de tos no productiva persistente y continua. El paciente refiere, a parte del cuadro tussivo, un dolor abdominal difuso en región subcostal izqda y discreta odinofagia, sin fiebre, ni náuseas, ni mareos. A la auscultación pulmonar, se aprecian tonos puros, rítmicos, con buena ventilación en todos los campos pulmonares y con roncus aislados en los campos superiores. La tensión arterial es 130/70, la temperatura es 36,9°C, la frecuencia cardíaca es de 89 por minuto, rítmica, y la saturación de oxígeno es del 98%. La exploración ORL muestra hiperemia faringoamigdalina. El abdomen se presenta blando, sin dolor a la palpación. Tras administración de nebulización, estando la sala de pacientes (a la espera de resultados de pruebas hematoquímicas y Radiológicas, el paciente, tras nuevo episodio de acceso de tos, presenta cuadro sincopal sucesivo a mareo, sudoración fría y dolor abdominal severo y brusco en Hipocondrio derecho irradiado a Epigastrio y Mesogastrio. En ese momento el paciente presenta palidez cutánea, con estado de afectación severa generalizada, mirada perdida, tensión arterial 82/54, frecuencia cardíaca 140 por minuto, dolor generalizado en todo el territorio abdominal con defensa a la palpación y Blumberg positivo. Se hace urgentemente un T.A.C. abdomino-pelvíco sin y con contraste, que visualiza un polo inferior del bazo con aspecto heterogéneo a expensas de diversas imágenes de morfología elongada compatibles con desgarros esplénicos y líquido libre de alta densidad periesplénico, perihepático, entre asas, en gotiera paracólica derecha y pelvis, compatible con moderado hemoperitoneo. Tras esplenectomía urgente, el bazo, que presenta dimensiones y estructura histológica dentro de la normalidad, muestra un desprendimiento de la cápsula en su cara externa con aspecto hemorrágico marcadamente friable. Dos semanas después el paciente viene dado de alta con Naproxeno 500mg, Esomeprazol 20mg y Codeína 10mg cada 12 horas, durante tre semanas.

Conclusiones:

La rotura no traumática de bazo normal es una circunstancia rara, que llega a ser extremadamente rara si debida a tos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1431

VENGO CON UN DOLOR DE CABEZA...

P Embuena Majúa (1), R Merchán Rosello (1), J Toral (2), A Dominguez Petit (2)

(1) Centro de Salud San Pablo (3) Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Palabras clave: headache, aneurysm, emergencies

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Mujer 41 años sin alergias a medicamentos, fumadora paquete diario, sin otros antecedentes, que acudió a urgencias hospitalarias (UH) por diplopía, ptosis de ojo izquierdo (OI) y cefalea hemicraneal izquierda intensa de minutos de duración no acompañada de vómitos ni mareo ni otra clínica por aparatos. En los últimos diez días ha consultado en dos ocasiones con su Médico de Familia la primera vez por dolor periocular izquierdo irradiado a zona occipital de segundos de duración que cedía por sí sólo, y la segunda por persistencia en el tiempo de dicho cuadro hasta hacerse diario. Le diagnosticó inicialmente de cefalea tensional y prescribió ibuprofeno a demanda, después con sospecha de neuralgia del trigémino la remitió preferente a Neurología. En UH realizaron TAC que fue normal siendo dada de alta tras mejorar la cefalea con analgésicos intravenosos manteniendo la cita preferente en Neurología. Se le realizó RMN y angio-RMN preferente hallándose un aneurisma en la arteria comunicante posterior izquierda (ACPI). Ingresó de urgencia en Neurocirugía realizándose en 24 horas embolización completa del saco aneurismático mediante endoscopia, y resolviéndose posteriormente la parálisis III pc con un mes de corticoterapia.

Conclusiones:

En la población general existe una prevalencia del 3.6-6% de aneurisma sacular intracraneal, dándose un 66-70% en mujeres y cursando la mayoría (más del 91%) de forma asintomática o con clínica inespecífica (salvo ruptura). La principal causa de hemorragia subaracnoidea es la rotura aneurismática (85%) en menores de 55 años pudiendo tener consecuencias nefastas para la vida de ahí la importancia de sospecharlo para su correcto manejo. La clínica típica es cefalea en trueno (36% de ocasiones), ictus (17.6%) y déficits pares craneales (15.4%) en nuestro caso se presentaron dos de los síntomas cardinales. El estudio diagnóstico inicial de la cefalea en trueno debe constar de TAC pero debe completarse con RMN y/o imagen arteriográfica si la clínica sugiere otras causas secundarias no evidenciables en TAC. Consideramos relevante el caso ya que debido a la saturación de las urgencias y de los servicios sanitarios, la edad temprana y sintomatología inespecífica de la paciente puede sesgar al clínico en la toma de decisiones.

P-1432

EDEMA INSULÍNICO: CAUSA RARA DE EDEMA

C Gómez Sánchez (1), S Juárez de Sosa (1), M Mejía Castillo (1), FJ Castrillo Quiñones (2), A Galindo Cobian (3), J Martínez Illera (1)

(1) Hospital Universitario de Burgos, (2) Centro de Salud Santa Elena. Zamora, (3) Centro de Salud de Llanes. Avilés

Palabras clave: insulin, edema, diabetes complications

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN. El edema es una de las causas frecuentes de consulta en los servicios de urgencias. La insuficiencia cardiaca y la patología venosa son dos de las principales causas, pero hay otras que deben entrar en el diagnóstico diferencial. El edema insulínico es una entidad poco conocida que aparece entre las 48-72 horas tras el inicio o la intensificación de la terapia con insulina. No precisa tratamiento farmacológico (restricción de sal y disminuir dosis de insulina si es posible) y revierte espontáneamente en 2-3 semanas. **OBJETIVO** Conocer una causa rara de edema en pacientes diabéticos tratados con insulina. **PACIENTE** Mujer de 27 años con diabetes insulínica dependiente y dada de alta del servicio de endocrino tres días antes, donde ingresó desde el servicio de intensivos por cetoacidosis diabética, requiriendo dosis altas de insulina durante el ingreso y aumento de la insulino terapia al alta. Acude a urgencias por edema generalizado, de predominio en piernas y aumento de 5kg de peso. No refiere clínica de descompensación cardiaca, renal u otra. **MÉTODO** Exploración física normal salvo edema generalizado. Analítica: hemograma, coagulación, ionograma, función renal, marcadores cardiacos y proBNP en los límites de la normalidad. Rx tórax: no cardiomegalia ni derrames. ECG: Ritmo sinusal a 95lpm, normal. **RESULTADOS** La paciente permanece en observación 24 horas con restricción hidrosalina y disminución de insulina por tendencia a hipoglucemia. Tras la mejoría leve del edema y ante la ausencia de nueva clínica se remite a domicilio y posterior consulta de endocrinología.

Conclusiones:

Descartadas las causas cardiaca, alérgica y renal con la anamnesis, exploración y pruebas complementarias y ante el antecedente de tratamiento intensivo con insulina por cetoacidosis diabética llegamos al diagnóstico de edema insulínico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1433

HEMIPARESIA DERECHA EN PACIENTE SOMETIDO A TPH ALOGÉNICO DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS, ¿MISMAS CAUSAS HABITUALES ?

MM Becerra Mayor (1), A Contento Gonzalo (1), V Becerra Mayor (2), P Rodríguez Villasante-González (1)

(1) Hospital Regional Universitario de Málaga, (2) Hospital de la Línea. Cádiz

Palabras clave: ACV isquémico, TPH-EICR crónico

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 47 años de edad, con diagnóstico de síndrome mielodisplásico tipo leucemia mielomonocítica crónica, sometida a trasplante de precursores hematopoyéticos (TPH). Ha presentado como complicaciones infecciones recurrentes urinarias, bacterianas y víricas (virus BK), citopenias inmunes como manifestaciones de enfermedad injerto contra receptor crónica (EICRc), en tratamiento con Ciclosporina. Actualmente tras 1 año del TPH, acude a urgencias por aumento de debilidad en miembro superior e inferior derecho, a la exploración neurológica se observa trastorno motor de probable origen de primera moto neurona. Se realiza TAC cráneo, sin observar hallazgos patológicos, la paciente rechaza el ingreso hospitalaria y es dada de alta. Acude a urgencias nuevamente tras progresión neurológica, se realiza punción lumbar (cultivos, virus, bioquímica normales) y RMN encéfalo donde se observa en sustancia blanca frontal de centro semioval izquierdo así como a la corteza de la circunvolución precentral ipsilateral lesiones inflamatorias-desmielinizantes de probable causa autoinmune. Se ingresa a cargo de neurología y Hematología para Tratamiento. Se comenzó con recambios plasmáticos, observando mejoría de la clínica neurológica.

Conclusiones:

La manifestación cerebral por EICRc es extremadamente rara, no obstante es un diagnóstico diferencial a tener en cuenta en este tipo de pacientes. El tratamiento con recambios plasmáticos es una opción terapéutica controvertida, pero con buenos resultados.

P-1434

ESO ES DE LO SUYO

E Tejedor Simón, S Chamali Pino, P Chacón Testor, S Rodríguez de Pablo, R Sanz de Barro

Hospital Infanta Sofía. Madrid

Palabras clave: debilidad, lesión, diagnóstico diferencial

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer, 78 años, independiente, sin deterioro cognitivo. Hipertensa, diabética, con secuelas en miembro inferior derecho secundarias a poliomielitis sin demasiada impotencia funcional. Acude a Urgencias por debilidad en ambos miembros inferiores de 15 días de evolución e imposibilidad para la deambulacion. Había consultado 10 días antes y fue dada de alta con diagnóstico de debilidad por progresión de su patología de base. En esta ocasión, asocia incontinencia urinaria de 4 días sin síndrome miccional, somnolencia y discurso incoherente. No refiere fiebre ni cambios en su medicación. A la exploración destaca desorientación temporoespacial, somnolienta e imposibilidad para la marcha. Fuerza disminuida en ambos miembros inferiores (2/5). Resto normal. Tras realizar las primeras pruebas complementarias (analítica de sangre, orina, radiografía de tórax y abdomen) que fueron normales, se solicitó TAC craneal. En él se evidenciaba lesión ocupante de espacio frontotemporoparietal derecha con características de absceso como primera posibilidad sin descartar origen tumoral. Ejerce importante efecto de masa que condiciona herniación subfalcial y uncal derecha. Se comenta caso con neurocirugía de hospital de referencia y se deriva para valoración. Dados los hallazgos del TAC craneal se amplía el estudio con resonancia magnética cerebral donde se filia masa de aspecto intraaxial con extensión fronto-temporal sugestiva de tumoración primaria de alto grado (glioma). Se descartó tratamiento activo y se decidió seguimiento domiciliario por Unidad de Cuidados Paliativos.

Conclusiones:

Se presenta este caso para incidir en la importancia de hacer un diagnóstico adecuado en los pacientes con determinada patología de base y, en nuestro caso, realizar un correcto diagnóstico diferencial tanto clínico como radiológico. El glioma es una neoplasia que surge a partir de células gliales. La sintomatología varía en función de la localización pudiendo causar cefalea, náuseas, vómitos, convulsiones o trastornos visuales. El pronóstico es infausto y el tratamiento en caso de enfermedad avanzada suele ser paliativo. En ocasiones la edad y los antecedentes de determinados pacientes retrasan o dificultan los diagnósticos de enfermedades graves dado que pueden presentar síntomas inespecíficos y ser atribuidos a sus patologías de base.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1435

DOLOR ABDOMINAL Y MANCHAS EN LA PIEL

IJ Cuadrado Blanco, M Fuentes de Frutos, P Costa Alba,
VP Veteta Gorriti

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Palabras clave: vasculitis sistémica, dolor abdominal, púrpura

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Presentamos el caso clínico de varón con dolor abdominal y lesiones en la piel. Se plantea a continuación la capacidad de relacionar manifestaciones orgánicas sistémicas, dolor abdominal, y lesiones en piel, para sospechar el caso de vasculitis sistémica, entidad que puede ser potencialmente dañina según la afectación de los distintos órganos, y que requiere tempranamente tratamiento corticoideo para evitar complicaciones. Caso clínico: Varón de 72 años de edad con antecedentes de HTA, dislipemia, cardiopatía isquémica, derivado desde el Centro de salud por presentar dolor abdominal localizado en epigastrio continuo de 2 días de evolución sin náuseas ni vómitos, y en donde le evidenciaron lesiones eritematosas en la piel que él no se había observado previamente. A la exploración: abdomen distendido, doloroso sin signos de irritación peritoneal. En piel, fundamentalmente en cuello y pliegues, presenta lesiones eritematosas, papulosas no pruriginosas ni dolorosas, que no desaparecen a la vitropresión. Analítica: PCR: 14,03mg/dL, sin acidosis metabólica y el resto normal. TAC abdomino-pélvico: inflamación de probable origen isquémico en duodeno y yeyuno proximal, además de hallazgo incidental de áreas de vidrio deslustrado en región pulmonar basal izquierda. Se realiza interconsulta a dermatólogo de guardia quién confirma sospecha de lesiones cutáneas sugerentes de vasculitis. Ante la sospecha de vasculitis sistémica se realiza biopsia de las lesiones de la piel y se inicia tratamiento con bolus de corticoide. Ingresa en medicina interna donde se recibieron los resultados de la biopsia compatible con vasculitis leucocitoclástica evolucionada, además de realizar estudio de autoinmunidad.

Conclusiones:

La vasculitis sistémica se define como la inflamación de la pared de los vasos, cuya expresión clínica depende del lugar donde se localicen, del tipo y del tamaño de dichos vasos. Puede ser primaria o secundaria y sus principales manifestaciones son pulmonares y renales, seguidas de la piel y abdominales, por lo que es fundamental el diagnóstico de extensión. Requiere biopsia del tejido afectado junto con estudio inmunológico con posterior tratamiento corticoideo. En nuestro caso, era fundamental asociar las dos principales manifestaciones que presentaba el paciente para sospechar dicha entidad.

P-1436

MENINGOENCEFALITIS ASÉPTICA TRAS ANESTESIA RAQUÍDEA

A García Olloqui, M Genebat González, A Sánchez Canto

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Palabras clave: meningoencefalitis, anestesia, aséptica

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Antecedentes personales: No alergia a medicamentos. No antecedentes médicos ni quirúrgicos. Paciente de 32 años que se interviene de fisura anal con anestesia raquídea locorregional. A las 24 horas acude a Urgencias. Refiere haber comenzado con cefalea y fiebre, progresando rápidamente hacia desorientación, estupor y vómitos en escopetazo. A la exploración física se aprecia afectación del estado general, aunque afebril en ese momento. En posición fetal y con rigidez nuchal. Eupneica y hemodinámicamente estable. Bien perfundida y sin lesiones cutáneas. Glasgow 12/15 (Ocular 3/ Verbal 4/ Motor 5). Pupilas isocóricas y reactivas. Se realiza Tomografía de cráneo: Borramiento generalizado de surcos y cisternas. Obliteración de ventrículos. Borramiento parcial de cisternas interpeduncular y perimesencefálica. Prominencia de astas temporales. Hallazgos que sugieren edema cerebral difuso. Se solicita analítica de sangre: Hemograma con 8,7 gramos por decilitro de hemoglobina, leucocitosis de 19.690 con neutrofilia (95%). Bioquímica sin alteración relevante de iones ni función renal. Proteína C reactiva 101. Coagulación normal. Se realiza Punción Lumbar: Líquido Cefalorraquídeo (LCR) de aspecto muy ligeramente turbio. Recuento de células 1225 por milímetro cúbico. Recuento de hematíes 200 por milímetro cúbico. Polimorfonucleares 82 %. Mononucleares 18 %. Proteínas 1,18 gramos por litro. Glucosa 0,727 gramos por litro. Se solicitan hemocultivos y cultivo de LCR. Se decide ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos iniciándose antibioterapia intravenosa de amplio espectro, en espera de resultado de cultivo y antibiograma. A las 48 horas del ingreso la paciente se encuentra totalmente recuperada y se traslada a planta de Enfermedades Infecciosas. En 48 horas más es dada de alta a domicilio. No se aisló crecimiento de gérmenes en los cultivos realizados. Ante la ausencia de aislamiento microbiológico, a la rapidez del cuadro y a lo fulminante de su evolución, no concordante con una meningitis infecciosa post punción, se determinó el diagnóstico de meningoencefalitis aséptica por probable reacción a anestésico locorregional raquídeo (bupivacaína).

Conclusiones:

Ante cualquier procedimiento invasivo pueden surgir complicaciones, en ocasiones graves. La meningitis y meningoencefalitis tras punciones raquídeas suelen tener una etiología infecciosa. Si bien están descritos casos de reacciones a agentes químicos como el látex o anestésicos locales. Estos casos suelen tener una evolución más rápida, aunque con mejor pronóstico que las producidas por microorganismos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1437

CAUSA INFRECUENTE DE AFONÍA

D Santamaría Amat, M Jimena García, FM Pepe, JM Krivocheya Montero, S Morales Sánchez, M Yakoubi Badah, FJ Alonso López

Hospital Comarcal de Melilla

Palabras clave: myasthenia gravis, palpebral ptosis, thymoma

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: La miastenia grave (MG) es una enfermedad autoinmunitaria caracterizada por debilidad muscular y fatiga. Los anticuerpos contra receptores de acetilcolina obstaculizan la función receptora en la unión neuromuscular, causando debilidad muscular, frecuentemente en musculatura proximal. La prevalencia es de 8-15 casos/100.000 habitantes, más frecuente en mujeres. Entre un 15 y un 20% de los pacientes con MG sufrirán crisis que requieran intervención urgente. El diagnóstico precoz y un manejo agresivo disminuye la morbimortalidad de esta patología. **OBJETIVO:** Demostrar la importancia del diagnóstico precoz y el manejo en los servicios de Urgencias mediante la presentación de un caso clínico. **PACIENTE Y METODO:** Mujer de 35 años, sin antecedentes de interés. Acude a Urgencias por cuadro de anartria y discreta debilidad palpebral. En semanas previas hipofonía y aumento de secreciones faríngeas, que consultó con su médico, le pautaron antiinflamatorios y antihistamínicos, sin objetivar mejoría. En la exploración destaca lenguaje hipotónico y ptosis palpebral izquierda con fatigabilidad. Resto de exploración anodina. Se realizó analítica básica sin alteraciones y radiografía de tórax en la que se apreciaba aumento mediastínico. Ante la sospecha de que el cuadro clínico corresponda a MG se realiza en nuestro servicio Test de Edrofronio que resulta claramente positivo. Se inicia tratamiento con prednisolona intravenosa y la paciente es ingresada para completar estudio y control evolutivo. Se realiza tomografía torácica en la que se objetiva timoma. Dada la buena evolución es dada de alta a los 7 días, manteniéndose tratamiento con piridostigmina y corticoterapia oral. Actualmente se encuentra prácticamente asintomática y pendiente de tiemectomía.

Conclusiones:

RESULTADOS: La MG es una ?gran imitadora? lo que complica su diagnóstico en los servicios de urgencias. Su exacerbación afecta a toda la musculatura incluida la respiratoria, lo que puede llevar a hipoventilación severa. El test de edrofronio es una prueba diagnóstica rápida y fácil que debe realizarse en los servicios de Urgencias. **CONCLUSIONES:** Es fundamental la sospecha clínica por parte de los urgenciólogos para lograr un diagnóstico precoz, que mejorará el pronóstico y la morbimortalidad. Se debe considerar el diagnóstico de MG en todo paciente con síntomas oculares o debilidad muscular no asociada con causas sistémicas de fatiga generalizada.

P-1438

SÍNDROME DE RAMSAY-HUNT COMO CAUSA DE CEFALEA EN URGENCIAS

D Fernández Garrido (1), E Carreño Aroca (1), P Rodríguez Lavado (1), M de la Torre Olivares (1), A Sánchez Guirao (2), J Vives Hernández (3)

(1) Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca, (2) Hospital Rafael Méndez. Lorca, (3) Hospital Virgen del Castillo. Yecla. Murcia

Palabras clave: herpes zóster ótico, cefalea, urgencias médicas

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 63 años sin antecedentes médicos de interés que acude a Urgencias por cefalea progresiva de dos días de evolución. El paciente refiere un inicio insidioso, sin aparente causa desencadenante. Es de tipo urente, continuo, con algunas exacerbaciones de minutos de duración. No se acompaña de náuseas, vómitos ni alteraciones visuales. Se localiza en la zona hemicraneal derecha y se acompaña en las últimas horas de sensación vertiginosa, otalgia ipsilateral y acúfenos. No hay otros síntomas de alarma de la cefalea y tampoco se ha acompañado de fiebre ni síntomas sistémicos. No semiología infecciosa previa ni episodios previos de similares características. En la exploración física el paciente se encuentra con regular estado general, afectado, hemodinámicamente estable y afebril. La auscultación cardiopulmonar así como la exploración abdominal resultan anodinas. Neurológicamente no presenta focalidad manifiesta y tampoco meningo. A la inspección llama la atención una leve tumefacción del pabellón auricular derecho respecto del contralateral, que se acompaña de una lesión eritematosa aislada en la zona retroauricular. Al realizar la otoscopia se objetiva una lesión vesicular en el conducto auditivo externo. Ante la sospecha de un Herpes Zoster, y tras controlar el dolor, cursamos alta con antivirales vía oral, antibióticos tópicos en pabellón auricular y analgesia, explicando al paciente los síntomas de alarma. A las 48 horas del alta vuelve a consultar por paresia facial periférica derecha, por lo que se inician además corticoides vía oral y se deriva a consultas externas de Otorrinolaringología para seguimiento.

Conclusiones:

El Síndrome de Ramsay-Hunt (asociación de Herpes Zoster y paresia facial periférica) es una causa poco frecuente de cefalea en Urgencias, donde predominan la migraña y la cefalea tensional. Es importante un diagnóstico y tratamiento precoz. En algunas ocasiones pueden llegar a precisar ingreso hospitalario. En pacientes sin antecedentes neurológicos de interés se debe realizar una correcta historia clínica, exploración física y pruebas complementarias si es preciso. La paresia facial puede persistir como secuela en un mayor porcentaje que en las parálisis de Bell (idiopática). Nuestro paciente presentó durante el seguimiento una resolución completa de los síntomas y sin secuelas posteriores.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1439

ENCEFALOPATÍA HIPERAMONÉMICA INDUCIDA POR EL USO DE ÁCIDO VALPROICO

C Marco López, JL Sierra Monzón, C Canet Fajas, B Gay Gasanz, I Murillo Díaz de Cerio

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Palabras clave: encefalopatía, ácido valproico, hiperamonemia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Se describe el caso clínico de un paciente con bajo nivel de conciencia valorado en Urgencias con diagnóstico final de encefalopatía hiperamonémica. Se quiere resaltar la importancia de una adecuada anamnesis y exploración desde la primera atención para orientar hacia un diagnóstico definitivo, teniendo en cuenta siempre los efectos secundarios de los fármacos empleados por nuestros pacientes. Se trata de un varón de 82 años con factores de riesgo cardiovascular, dependiente para todas las actividades básicas de la vida diaria y con claudicación progresiva en los últimos 3 meses tras ingresos hospitalarios por insuficiencia cardíaca y deshidratación secundaria a gastroenteritis aguda, quedando en régimen de vida cama-sillón, manteniendo funciones superiores preservadas. Derivado a Urgencias porque desde hace 3 días presenta dificultad progresiva en el lenguaje y en la capacidad motora con acentuado empeoramiento hasta presentar bajo nivel de conciencia a la exploración, sin otras alteraciones neurológicas agudas. Se plantea en un inicio síndrome encefalopático de origen respiratorio frente a etiología neurológica, descartando los mismos tras analítica con gasometría arterial y tomografía computarizada normales. Se profundiza en la anamnesis y la familia refiere toma desde hace 1 mes de Depakine® por neuralgia postherpética. Se sospecha encefalopatía hiperamonémica inducida por el uso de valproato que se justifica por incremento de ión amonio y mejoría clínica del paciente tras la retirada del fármaco y normalización de los niveles de ión amonio 2 semanas después. El ácido valproico (VPA) se ha asociado con muchos efectos secundarios neurológicos y sistémicos. Entre ellos, uno de los más importantes es la encefalopatía hiperamonémica inducida por VPA. Aunque la incidencia exacta de la encefalopatía hiperamonémica relacionada con valproato no se conoce, se han descrito elevaciones leves y reversibles en el ión amonio entre el 16-52 % de los pacientes que reciben tratamiento con VPA.

Conclusiones:

La encefalopatía es una consecuencia potencialmente grave del uso de VPA. Las claves para un diagnóstico correcto desde Urgencias consisten en la sospecha de esta entidad ante un paciente con cambios en el estado mental, antecedentes de consumo de VPA asociado a hiperamonemia, con mejoría clínica y una eventual solución tras la retirada de VPA.

P-1440

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

M Sánchez Ruiz, I Moreno Montero, J Paz Galiana, A Sánchez Valencia, CA Moreno Caycedo, MM Cillero Rodríguez, JJ Navarro Agüera

Hospital General de Tomelloso. Ciudad Real

Palabras clave: confusión, temblor, parkinsonismo secundario

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 44 años, sin alergias medicamentosas conocidas, diagnosticado desde hace años de Trastorno adaptativo mixto con posibles rasgos de personalidad cluster A+C (esquizoide+dependiente) versus trastorno psicótico de base, en seguimiento por Salud Mental. En tratamiento con Quetiapina 200 mg / 24 h, Zolpidem 10, Orfidal 1 mg / 8h, Xeristar 60 / 24 h, Etumina (clotiapina) 40 mg / 24 h. Enfermedad Actual: Traído por dispositivo de urgencias por presentar síndrome confusional agudo desde hace unas horas. Afebril. No dolor torácico, no síncope ni mareo. No traumatismo ni caída. Cuadro previo de infección respiratoria vías altas. La familia refiere que el paciente lleva más de un mes con aumento de somnolencia, inatención y disminución de la fluidez verbal, aunque no le dieron importancia al pensar que se debía a su trastorno mental. El paciente cuida de animales afectos de diversas zoonosis. No es posible saber si el paciente ha recibido adecuadamente la medicación. Exploración Física: T° 36,6°, FC 110 lpm, TA 124 / 82mmHg. Aceptable estado general. Consciente. Desorientado en tiempo y espacio y parcialmente en persona (no menciona su edad correcta). Ocasional disnomia sin otros errores del lenguaje. Temblor migratorio de EE que no se incrementa sostenidamente con las pruebas de indicación cerebelosa y cuya intensidad fluctúa con la distracción. La percusión sobre el esternón evoca mioclonías axiales leves, pero no hay asterixis. No rigidez nuchal ni signos meníngeos. ROT no patológicamente vivos. No vegetatividad. Sin otra focalidad. Pruebas Complementarias: Hemograma y Coagulación 17600 leuc (72 % N), resto normal, Bioquímica: normal. Bioquímica LCR: leucos. Hematíes 25. Prot 78. ECG: Ritmo sinusal, aunque artefactado por el temblor. Radiografía tórax: normal. TAC cerebral: atrofia subcortical sin otros hallazgos.

Conclusiones:

Bajo el diagnóstico de Síndrome Confusional Agudo ingresó en Neurología donde recibió tratamiento con Aciclovir iv para cubrir la posibilidad de encefalitis viral. Progresivamente, ha ido mejorando su situación clínica, con menor bradipsiquia, mejoría del lenguaje y la orientación, lo que puede orientar a una sobredosificación medicamentosa. Al alta, el paciente se encuentra en su estado basal, siendo diagnosticado de cuadro comportamental subagudo autolimitado y parkinsonismo farmacológico (secundario a neurolepticos).



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1441

MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS EN SÍNDROMES CARENCIALES: A PROPÓSITO DE UN CASO

L Lorenzo Garde, JR González Ramírez, M Dorta Romero, A Pérez Hernández, A Miranda Rodríguez

Hospital General de La Palma. Santa Cruz de Tenerife

Palabras clave: Wernicke, encefalopatía, tiamina

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción: La encefalopatía de Wernicke (eW) está causada por la deficiencia de tiamina, presentándose principalmente en alcohólicos crónicos y malnutridos. La tiamina actúa en el metabolismo de los hidratos de carbono, su déficit produce una disminución de la utilización de glucosa por el cerebro. La entidad denominada síndrome de Wernicke- Korsakoff son 2 fases evolutivas, siendo la EW la fase aguda (síntomas oculares-ataxia-confusión mental) y síndrome de Korsakoff la fase crónica (amnesia). Los síntomas neurológicos en la enfermedad celíaca están presentes en el 6-10% de los afectados y se manifiestan por alteración de los reflejos osteotendinosos, desmielinización de la médula espinal y atrofia cerebelosa similar a la eW. Varón de 48 años que consulta por visión borrosa binocular, mareos, inestabilidad de la marcha, sensación nauseosa y vómitos alimentarios de 24 horas de evolución, sin otra clínica asociada. Antecedentes personales: Fumador(1PA-37), bebedor(10 ube/día), expolítico-mano (cannabis-cocaína-drogas de diseño) e intervenido de dos fracturas traumáticas. Antecedentes familiares: 5 hermanos celíacos. Exploración física: Consciente y orientado, estable hemodinámicamente. Nistagmo horizontal, lento e inagotable, base de sustentación ampliada, Romberg lateralizado a la izquierda y dismetría, resto de exploración neurológica normal. Sin estigmas de desnutrición ni avitaminosis en piel-faneras. Resto de exploración física dentro de la normalidad. Se plantea el diagnóstico diferencial con: AIT/ACV, W-Korsakoff, Síndrome de Guillain-Barre. Se realizan las siguientes pruebas complementarias (PC): Analítica sanguínea: Perfil hepático alterado, bioquímica y hemograma normales. Tóxicos negativos. TAC-craneal: Atrofia cerebral corticosubcortical y cerebelar. LCR: Bioquímica normal y tinción de Gram sin visualizarse microorganismos. Rx-tórax/abdomen. ECG: Normales.

Conclusiones:

Tras descartar patología neurológica urgente de riesgo vital y observando la clínica, los antecedentes familiares de celiaquía, hábitos tóxicos y en contexto de cuadro emético agudo, se plantea como principal diagnóstico una eW, iniciándose tratamiento con megadosis de tiamina (200 mg iv/8 horas), con total resolución de la clínica tras 3 días de tratamiento. Durante el ingreso se realiza endoscopia digestiva alta con toma de biopsias para diagnóstico de enfermedad celíaca, con resultado positivo. En seguimiento en consulta externa de Neurología el paciente se mantuvo asintomático neurológicamente tras el abandono de hábitos tóxicos y la dieta exenta de gluten.

P-1442

SINTOMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA AGUDA EN PACIENTES CON ICTUS HEMORRÁGICO TALÁMICO

N Caro Martínez, L Fabra García, M Suela Bizarro, M Valverde Castillo, I Lumillo Gutiérrez, M Álvarez Monterroso, R Dumitras

CUAP Castelldefels. Barcelona

Palabras clave: anomalías inducidas por medicamentos, ansiedad, accidente cerebrovascular

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: Se describe caso clínico de paciente con el diagnóstico final hemorragia talámica con debut psiquiátrico agudo y sin presentar focalidad neurológica. En la bibliografía revisada es frecuente encontrar sintomatología psiquiátrica subaguda, pero no se ha hallado descripción de ningún caso con debut agudo. **EXPOSICIÓN DEL CASO:** Varón de 36 años, sin alergias medicamentosas, sin antecedentes patológicos. Consumidor habitual de cannabis (1-4 cigarros al día desde hace más de 10 años) por ansiedad. Niega otros tóxicos. La familia refiere aumento de ansiedad el último mes. Acude al servicio de urgencias por presentar episodio de cefalea tras discusión telefónica, seguido de ansiedad y nerviosismo, motivo por el cual se fuma un cigarro de marihuana. Presenta un vómito de características alimentarias y sensación de inestabilidad cefálica que se autolimita a los pocos segundos. A su llegada se encuentra hemodinámicamente estable, refiere inestabilidad cefálica con la apertura ocular y náuseas. La exploración física destaca: pupilas isocóricas y normorreactivas, fuerza y sensibilidad conservadas en todas las extremidades. Movimientos oculares involuntarios al referir inestabilidad cefálica. Obedece órdenes complejas. Tendencia a la somnolencia y risa inmotivada. La analítica es normal y el análisis de tóxicos en orina da positivo para THC. Ante la sospecha de trastorno disociativo, es comentado con psiquiatría, se administra diazepam vía oral y se mantiene en observación. Ante la no mejoría del cuadro es remitido a psiquiatría donde orientan como intoxicación aguda a cannabis o sustancia desconocida y se solicita una tomografía craneal para descartar organicidad, que pone de manifiesto un hematoma cápsulo-talámico izquierdo con irrupción ventricular. Ingresa en neurología donde se le realiza un angioTAC que objetiva estructura venosa anómala en región ganglionar basal izquierda.

Conclusiones:

DISCUSIÓN: La trascendencia de este caso la encontramos en la baja probabilidad clínica que el paciente presentara hemorragia intraparenquimatosa al no presentar ninguna focalidad neurológica y al presentarse el cuadro en el contexto de ansiedad agudizada en paciente consumidor de cannabis. Las pruebas complementarias realizadas a posteriori descartan patología estructural arterio-venosa.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1443

DOLOR ABDOMINAL, ¡APENDAGITIS!

E. Méndez Rodríguez, R Cuadra San Miguel, B Peleteiro Cobo, R Rodríguez Alonso, A Díez Bermúdez, J Capón Álvarez, V Lumbreras González

Hospital El Bierzo. Ponferrada, León

Palabras clave: appendagitis, epiploic appendage, abdominal pain

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

AP: Mujer de 45 años. Sin antecedentes de interés. EA: Acude al SUH por dolor abdominal de 5 horas de evolución en FID de inicio brusco y continuo, irradiado a hemiabdomen izquierdo. Afebril. Ligera tendencia al estreñimiento de larga evolución, deposiciones de características normales. EF: BEG, Conciente y orientada. TA 135/78 mmHg, FC: 68 lpm. T°: 36.4°. ACP: sin alteraciones. AB: Doloroso en hemiabdomen izquierdo, tanto a la palpación profunda como superficial y a la descompresión. Resto de abdomen sin alteraciones. A/S: Hemograma: leucocitosis de 12500 (80% de neutrófilos), resto de hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones. ECO/TAC Abdominal: nivel de colon descendente/sigma se visualiza pequeña imagen redondeada, de densidad similar a la pared intestinal, de 6 mm, con un aparente pedículo dependiente de la pared anterior de la porción intestinal ya descrita. No existen divertículos en sigma. No se demuestra líquido libre intraabdominal ni neumoperitoneo. Hígado con signos de esteatosis difusa, visualizándose una lesión nodular, hiperecogénica, bien delimitada, de 12 mm, a nivel del lóbulo derecho, compatible con hemangioma. Correlacionar clínicamente valorar en controles posteriores. Hallazgos compatibles con apendagitis a nivel de unión colon descendente / sigma. Diagnóstico: Apendagitis aguda a nivel de la unión colon-sigma.

Conclusiones:

La apendagitis es una entidad benigna y autolimitada. Secundaria a la torsión del pedículo vascular o trombosis espontánea del drenaje venoso. Aparece más frecuentemente en la cuarta a quinta década de la vida, con una incidencia similar entre sexos. Puede aparecer en zonas adyacentes a colon sigmoides, colon descendente y hemicolon derecho. La manifestación clínica más frecuente es dolor agudo en la zona inferior del abdomen, sobre todo en el cuadrante izquierdo, pero depende principalmente de la localización. El diagnóstico diferencial se realiza con la diverticulitis y con la apendicitis principalmente. El diagnóstico se realiza a través de la clínica una vez descartadas otras causas de abdomen agudo y de un TAC. El tratamiento es conservador con anti-inflamatorios orales. El cuadro clínico suele remitir en 10-14 días, pero los cambios radiológicos pueden tardar más tiempo en desaparecer.

P-1444

MI MARIDO NO ES EL MISMO. COMPORTAMIENTOS ANORMALES EN URGENCIAS

S Sobrino Borrego, Y Tasse Herrero, G Barrenetxea Larrinaga, S Clemente Da Silva, E Pérez Granadal, M Abad Perez, F Fuentes Felipe

IMQ. Zorrotzaurre. Erandio, Bizkaia

Palabras clave: depresión, encefalopatías, priones

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Varón de 58 años que consulta por un cuadro de un mes de evolución de desorientación, alteración del comportamiento y, en los últimos días, movimientos anormales espasmódicos de extremidad superior izq. El inicio de los síntomas coincidió con el fallecimiento de un familiar muy cercano, y fue valorado por su médico de familia, iniciando tratamiento antidepresivo y remitido a psiquiatría. Valorado en días previos con TAC craneal y análisis normales. En la exploración se objetivan mioclonías en extremidad superior izquierda, inatención, bradipsiquia y alteración de la marcha, nuevo TAC y análisis normales. Se decide ingreso para estudio en el que se realizan resonancia y electroencefalograma que orientan hacia una posible enfermedad por priones. Pendiente de resultado de proteína 14-3-3 en LCR.

Conclusiones:

Hay ocasiones en las que se atienden en los servicios de urgencias patologías que, a priori, son catalogadas de psiquiátricas, y que tras una anamnesis y exploración exhaustiva la sospecha diagnóstica y el enfoque varía hacia la organicidad.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1445

NO SIEMPRE LO FRECUENTE ES EL ORIGEN DEL PROBLEMA

**C Fonseca Ramiro, P Fidalgo Montero, M Carrasco Sánchez,
V de la Hoz Carracedo, M Monge Bronchalo**

Hospital del Henares. Madrid

Palabras clave: vómitos, síncope, pólipo gástrico

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 85 años exfumador con antecedentes de HTA, DM2 e ictus lacunar talámico izquierdo. Acude por síncope y vómito posterior al recuperar la consciencia. El síncope fue precedido por dolor abdominal y sudoración. Refiere cuadros similares ocasionales desde hace meses y pérdida de 4 Kg en los últimos meses con tendencia al estreñimiento. A la exploración física presenta febrícula de 37.2°C y disminución de fuerza y sensibilidad en hemicuerpo derecho desde el ictus. Resto sin alteraciones. Pruebas complementarias a su llegada a urgencias: Análiticamente Lactato 8.38 y Troponina I 0.12. ECG sin alteraciones del ST ni onda T. Radiografía de tórax con granuloma calcificado en lóbulo superior derecho. Nuestro objetivo es hacer el diagnóstico diferencial del síncope y encontrar el origen de los vómitos. En planta repetimos analítica con normalización de lactato y troponinas. Realizamos Holter ECG y Ecocardiograma cuyos resultados no muestran alteraciones significativas. También realizamos Ecografía abdominal donde se detecta coledocistitis múltiple y litiasis del conducto cístico que condicionaba ectasia de la vía biliar intrahepática izquierda. Pensando que este pudiera ser el origen de los vómitos se realizó un TAC tóraco-abdominal que confirmó la dilatación de la vía intrahepática izquierda y vía biliar extrahepática y se comentó el caso con cirugía general, llegando a la conclusión de que este sería un problema a tratar pero no la única causa de estos episodios de vómitos. Posteriormente ampliamos el estudio con colonoscopia y gastroscopia donde se detectaron un pólipo en colon ascendente y un pólipo pediculado en antro gástrico que prolapsaba en el píloro. Se extirparon ambos y su estudio anatomopatológico los calificó de pólipo adenomatoso de intestino grueso y pólipo hiperplásico gástrico sin signos de displasia ni proliferación tumoral.

Conclusiones:

La causa desencadenante de los vómitos era el pólipo gástrico que prolapsaba ocasionalmente sobre el píloro cerrando la salida del estómago, generando un estómago de retención que terminaba desencadenando vómitos y síncope vasovagal. Así evidenciamos que no debemos quedarnos con una primera impresión diagnóstica, porque si este paciente se hubiera quedado sólo con el diagnóstico de coledocistitis y se le hubiera intervenido, no habríamos terminado de resolver su problema.

P-1446

¡SI YO VINE POR DOLOR COSTAL!

**MP Ortega Mercader, A Ardila Soto, FJ Favá García,
R Vallejo Hernández, E Mora Bastante**

Hospital El Escorial. Madrid

Palabras clave: LLA, pre-T-esplenomegalia, dolor costal

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Objetivo: Rara forma de presentación de leucemia linfoblástica aguda con dolor costal generado por múltiples infartos esplénicos asociados. Paciente y método: Varón 23 años con dolor costal de horas de evolución, sin traumatismo ni sobreesfuerzo previo, que limita inspiración. Destacable: fiebre 38°C dos días antes, sin clínica catarral. Vómitos la semana previa. No otra sintomatología reseñable. Exploración con dolor a la palpación en tercio inferior costal izquierdo sin hematomas en zona. Auscultación cardio-pulmonar normal. Dolor y defensa en hipocondrio izquierdo y vacío costal izquierdo. Adenopatías occipitales, submaxilares e inguinales. Inicialmente se solicita radiografía tórax en clasificación, sin alteraciones de interés. Tras exploración se solicita analítica completa y Tomografía axial computarizada (TAC) abdominal por sospecha de abdomen agudo. Leucocitos 98500/mm³, Hemoglobina 10,4 g/dl, plaquetas 29000/mm³, INR 1.6, LDH 2060 UI/l. Frotis sangre periférica: 90-95% células de hábito blástico probablemente linfoblastos. TAC abdominal: esplenomegalia y probable ruptura esplénica espontánea. Adenomegalias retroperitoneales y escaso hemoperitoneo. Se deriva a Hospital Puerta de Hierro para valoración por hematología: sospecha Leucemia Linfoblástica Aguda y rotura esplénica. Aspirado y biopsia médula ósea: Leucemia aguda linfoblástica pre-T (LLA pre-T). TDT+, CD3+, CD20-, MPX-, t(9,22). Líquido cefalorraquídeo: sin infiltraciones. TAC toraco-abdominal: Múltiples adenopatías patológicas supra e infradiaphragmáticas. Importante hepatoesplenomegalia. Lesiones focales lineales y triangulares sugerentes de infartos esplénicos segmentarios. Diagnóstico de LLA pre-T con múltiples infartos esplénicos segmentarios. Tratamiento con Quimioterapia de inducción con recuperación hematológica. Administración posterior del primer bloque de consolidación. Buena evolución.

Conclusiones:

La leucemia linfoblástica aguda células pre-T se da principalmente en infancia, adolescencia y jóvenes adultos con predominio en varones (2:1). La esplenomegalia como afectación extramedular puede ser frecuente. En este caso el paciente presentaba además infartos segmentarios esplénicos (raro). Lo curioso de este caso fue la manera de presentación como dolor costal irradiado por afectación del bazo, siendo una manifestación poco común. En conclusión ver la importancia de una buena exploración física que nos llevó a sospechar inicialmente un abdomen agudo, en un paciente que se clasificó como traumático. Y tras realizar las pruebas complementarias nos llevó hasta el diagnóstico de LLA pre-T con infartos esplénicos asociados.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1447

NO TODO MURPHY POSITIVO ES UNA COLECISTITIS

A Robles Amieva (1), D López Fernández (1), R Hernando Fernández (1), C de Leon Rivas (1), A González San Emeterio (1), L Gómez Sánchez (2), C Fernández Pereda (1)

(1) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander,
(2) Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Palabras clave: hematoma, colecistitis, hígado

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: El signo de Murphy es una maniobra de exploración abdominal básica. Consiste en presionar la zona de la vesícula biliar mientras el paciente realiza una inspiración forzada, interrumpiendo esta súbitamente por el dolor, y clásicamente se relaciona con la inflamación de la vesícula. Tiene una sensibilidad del 97% y una especificidad del 48%. **OBJETIVO:** El signo de Murphy combinado con leucocitosis y alteración de las pruebas de función hepática es casi definitiva del diagnóstico de colecistitis, pero no se debe olvidar que en el diagnóstico diferencial entran otras patologías mucho menos frecuentes pero potencialmente graves, como pancreatitis aguda, pielonefritis aguda o absceso hepático. **PACIENTES Y MÉTODO:** Varón 81 años, NAMC, Ex bebedor moderado, HTA, anemia megaloblástica, apendicetomizado, en tratamiento habitual: olmesartan, amlodipino, hidroclorotiazida 40/5/12,5/24h, lormetazepam 2mg a demanda, omeprazol 20 mg/24h. Acude a urgencias por abdominalgia difusa de 5 días de evolución, progresiva, con sensación nauseosa sin vómitos, no alteraciones en la deposición. Leve coluria. Afebril hasta el momento. En tratamiento con MOXIFLOXACINO desde hace 4 días por sospecha de prostatitis por su MAP. No clínica a otro nivel. A la exploración física presenta TA 100/60, FC 97, SatO2 98%, FR 16, afebril. Tinte icterico subconjuntival, normohidratado, normoperfundido. Obeso. Abdomen globuloso, blando, depresible, molestias a la palpación generalizada, mayores en hipocondrio derecho. Murphy +. No signos de irritación peritoneal. **RESULTADOS:** Bioquímica: Cr 1,56, Ur 100, FG 41, AST 48 ALT 85 GGT 242, FA 128, amilasa 27, Bilirrubina 2,1 PCR >25, PCT 1,42. Hemograma: 4,7 leucos (81%S), Hb 10,1 (VCM 102), Eys: bacteriuria escasa, 5-15 leucos/campo. Eco/TAC abdominal: Vesícula biliar ligeramente sobredistendida con barro biliar y colelitiasis sin signos de colecistitis. Colección sugestiva de hematoma crónico de 10,8x6,4x8,4, de localización subhepática sin signos de hemorragia reciente ni otras complicaciones. Se inicia fluidoterapia y tratamiento antibiótico empírico por sospecha de sobreinfección, así como ingreso hospitalario y posterior drenaje percutáneo.

Conclusiones:

Pese a que el diagnóstico diferencial siempre hay que centrarse en lo más frecuente, un médico de urgencias nunca debe olvidar las posibilidades etiológicas menos probables, por la potencial gravedad que estas pudieran tener de no ser diagnosticadas y tratadas adecuadamente.

P-1448

CUANDO LA ANSIEDAD ENSOMBRECE NUESTRO DIAGNÓSTICO...

M Sainz de Andueza, C Hernández Tuda, S Paredes Carcedo, O Zhygalova Zhygalova, C Güemes de la Iglesia, M Rodrigo Rodríguez, B Campos Ruiz

Hospital Universitario de Burgos

Palabras clave: brain stem, neck dissection, young adult

Historia clínica:

Varón 47 años, fumador. Mareo autolimitado en unos minutos tras incorporación brusca. Al día siguiente, nuevo episodio de mareo con giro de objetos y recuperación completa. Posteriormente debilidad y parestesias en extremidades y hemicara derechas, con mejoría en una hora. Dolor cervical ipsilateral. Al ingreso urgente, ansiedad manifiesta y referida, y disartria leve sin otra focalidad. Se interpreta como mareo de perfil psicógeno, instaurándose tratamiento sintomático, pero el paciente insiste en dolor y latigazo incoercible en EE derechas, por lo que se realiza Duplex TSA: sugestivo de obstrucción vertebral derecha. Tóxicos negativo. TAC craneal: infartos lacunares antiguos cerebelosos. Ingresa en unidad de ictus de Neurología. AngioTAC Supraaórtico: obstrucción completa vertebral derecha. Trombo flotante cayado Aórtico. Defecto repleción subclavia derecha. RM craneal: lesiones isquémicas en territorio vertebrobasilar: occipital derecho y ambos tálamos. A las 24horas, estupor profundo, retirada al dolor como única respuesta, tetraparesia, pupilas puntiformes y ausencia oculocéfálicas. AngioTAC 2º: Hipodensidad establecida en hemisferio cerebeloso derecho, compatible con isquemia subaguda. La evolución radiológica y la clínica sugieren disección de arteria vertebral, aunque el hallazgo de trombos flotantes en Aorta y Subclavia derecha orientan al origen trombótico. Dado que la arteria es de pequeño calibre, no es subsidiario de Radiología intervencionista, por lo que se mantiene con Anticoagulación. Al alta, disartria y alteración de la memoria de fijación y a corto plazo.

Conclusiones:

La enfermedad cerebrovascular puede presentarse en adultos jóvenes, entre 15-45 años, estimándose una incidencia 3-10/100000 habitantes. La disección arterial es considerada la causa más frecuente, afectando más a menudo arterias extracraneales, sobre todo carótida interna, de forma espontánea o por traumatismo. Habitualmente afecta a arterias sanas. La enfermedad ateroembólica es responsable de aproximadamente el 20% de estos ictus, con presencia de los factores de riesgo cardiovascular habituales. La causa puede permanecer indeterminada hasta en un 40% de casos. En el adulto joven el ictus puede ser manifestación de enfermedades sistémicas diversas, siendo importante un estudio exhaustivo buscando etiologías tratables para evitar recurrencia. Menos del 2% de pacientes presentan isquemia recurrente al año del alta. En nuestro caso, el paciente descrito ha reingresado en la actualidad por cuadro transitorio de mareo, inestabilidad de la marcha, debilidad Extremidades superiores y diplopía, pendiente de estudios complementarios.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1449

FIEBRE EN EL CONTEXTO DE SÍNDROME PARANEOPLÁSICO

L Arboleya Álvarez (1), C Martínez Llano (1), M Martínez Ibán (2), C Alonso Porcel (3), LM Sánchez Rodríguez (4), A Rodrigo Granda (5), E Madera González (6)

(1) Hospital Valle del Nalón, (2) Área V. Asturias, (3) Hospital de Cabueñes. Gijón, (4) Área I, Asturias, (5) Centro de Salud José Aguado 2, (6) Centro de Salud La Bañeza I. León

Palabras clave: carcinoma, renal cell, fever, headache disorders

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer 45 años. Sin alergias medicamentosas. No HTA, DP, DM ni metabolopatías conocidas. Fumadora de 11 paquetes/año. No bebedora habitualmente. Hernia hiatal. Microhematuria hereditaria familiar estudiada por nefrología. IQ: amigdalectomía, cesárea, ligadura de trompas. Medicación: tardyferon, diazepam, omeprazol. Fiebre de diez días de evolución de hasta 38°C diaria. Cefalea de moderada intensidad y pérdida ponderal de 4kg en los tres últimos meses e hiporexia. No relaciones sexuales de riesgo, no contacto con animales ni con personas enfermas. Exploración Física: T° 37,2 Ta 118/75 FC 123 lpm. Cabeza y cuello: boca sin lesiones. No adenopatías. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos. Abdomen: Anodino. Peristalsis positiva, sin puño percusión renal. Extremidades inferiores sin edemas ni trombosis. Neurológicamente sin focalidad. Pruebas complementarias: Bioquímica (mg/dL) glucosa 102, urea 37, Creatinina 0,67, bilirrubina 0,2, Sodio 137mmol/L, Potasio 3,8mmol/L, ALT 12U/L, CK 40U/L, PCR 193mg/L. Sistemático y sedimento: leucocitos+, eritrocitos+++, densidad 1005, sedimento 1-3leuc/campo, >100 hematíes/campo. Hematología: Hemoglobina 11,3 (g/dL), Hematocrito 36%, VCM 72fl, plaquetas 432000/mm³, leucocitos 11300/mm³ (fórmula normal). Coagulación: Tasa 72% fibrinógeno 1465mg/dL. ECG. Taquicardia sinusal a 108 lpm. Radiografía torax: Normal. Valorada por Medicina interna se cita en consulta. Reconsulta por persistencia de la clínica: TAC cráneo y Punción lumbar negativos. Ingresos en neurología por cefalea pospunción. Tras el alta, empeoramiento del estado general. Ingreso en M. Interna: b2 microglobulina, C3 y C4 normales. FR, ANAs negativos, Beta-1 8,4%, beta-2 5%, gamma 21%. Ac. Lúpico débilmente presente. Serología VHB y VHC negativos. TSH normal. Fe 13, IST 5,1, Transferrina 1,83, ferritina 260, folato 2,1, B12 normal. Estudios serológicos sin infecciones agudas. VN brucella negativo. ETT: normal. Tac toracoabdominopélvica: masa renal derecha en polo inferior de 7x6,8cm con captación heterogénea, primer diagnóstico diferencial hipernefroma. Adenopatías axilares bilaterales. Pequeñas adenopatías inter-aortocava y paraaórtica izda. Tratamiento: Nefrectomía vs tumorectomía.

Conclusiones:

La fiebre prolongada sin criterios de FOD es consulta frecuente en urgencias. Si no existen criterios analíticos de gravedad (acidosis metabólica, rhabdomiólisis, insuficiencia respiratoria o renal, coagulopatía, neutropenia, anemia, alteración hepática e ictericia. Leucocitosis o leucopenia) y buen estado del paciente se estudia ambulatoriamente. Son habituales los procesos infecciosos, reumatológicos o tumorales como en este caso. Un tercio de los hipernefomas cursan asintomáticos. La triada: hematuria, masa en flanco y dolor se observa en el 10% asociado a enfermedad avanzada, sin un método de imagen óptimo de diagnóstico y su factor pronóstico principal es la extensión.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1450

INFARTO AGUDO CEREBELOSO EXTENSO IZQUIERDO

**MA Rojo Martín, AM Maldonado Santiago, V Piña Martín,
A Duarte Carazo, JM Martínez Martínez**

Hospital Torrecárdenas. Almería

Palabras clave: ictus, vértigo, fibrinólisis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 62 años con antecedentes de Hipertensión arterial, acude a Urgencias por cuadro de mareo con inestabilidad y giro de objetos. Permanece en área de sillones con tratamiento sintomático. Se le realiza TAC craneal que es normal. Tras encontrarse asintomática se procede al alta. 24 horas después acude nuevamente a urgencias, por la persistencia del mareo y vómitos. Exploración: TA 152/69 AC: rítmica no soplos. AR: murmullo vesicular conservado, ausencia de ruidos patológicos. Neurológico: Sin evidencia de focalidad, tiende a cerrar los ojos por mareo: mantiene la fuerza en extremidades y la marcha. Funciones superiores normales. Debido a la persistencia de la clínica de la paciente pasa a sillones para tratamiento y evolución clínica. Estando en el área de sillones la paciente sufre deterioro neurológico brusco entrando en situación estuporosa. Exploración neurológica en ese momento es: Nivel de conciencia fluctuante. Anartria. Tetraparesia de predominio derecho (ESI 4/5, ESD 3/5, EII 3/5 y EID 2/5) Reflejo cutáneo plantar extensor bilateral. Se le realiza TAC craneal, que se informa como infarto extenso en hemisferio cerebeloso izquierdo y menos en derecho. Con signos ligeros de compresión sobre cuarto ventrículo y tronco encéfalo. Hiperdensidad basilar. Es valorada por Neurología y por Unidad de Cuidados Intensivos. Se inicia tratamiento con heparina sódica intravenosa (25.00UI a 21 ml/h). Tras 4 días en Unidad de Cuidados Intensivos la paciente evoluciona desfavorablemente, finalmente fallece.

Conclusiones:

La trombolisis endovenosa está contraindicada NIHSS > 25. La alternativa de tratamiento es Trombectomía mecánica. Para la realización de esta técnica es imprescindible la presencia física de un neurólogo coordinador del proceso, y que en el Hospital esté disponible un Neurorradiólogo intervencionista y una coordinación con el servicio de UCI. O si es necesario, el traslado a Otro Hospital de Referencia, donde se realice la técnica, que exista disponibilidad en un periodo inferior a 24 horas del personal implicado en el proceso, incluyendo el personal de traslado. Es por esto que dado la gravedad del proceso y que podría ser potencialmente reversible o recuperable se hace cada vez más necesario la implantación de estas técnicas a nivel hospitalario (no disponible actualmente en gran número de Centros Hospitalarios).

P-1451

EL DOLOR DE ESPALDA SE ME HA PASADO AL ESTÓMAGO

**A Cantero Sandoval (1), R Rojas Luán (1), JM Marín Martínez (1),
M Lozano Espinosa (1), A Hernández Molina (1), AB Garvía Ruiz (2),
ME Torres Marín (1)**

(1) Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia, (2) Unidad Sanitaria Mando Naval de Canarias

Palabras clave: peptic ulcer perforation, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, patient protection and affordable care act

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 50 años (HTA, fumadora) que consulta por dolor abdominal intenso de predominio epigástrico, sin vómitos, y lesiones cutáneas en MMII de un día de evolución. Afebril. Como asistencias previas encontramos: 28 días antes, odontalgia tratada con Ibuprofeno, 18 días previos, dorsolumbalgia derecha mecánica tratada con metamizol y benzodiacepinas, sin mejoría, por lo que consulta el día previo y se administra ketorolaco + dexametasona iv, dándose alta con Dexketoprofeno. Exploración física: TA: 158/112, T° 34°C, Taquicárdica a 122 l.p.m. Taquipneica a 24 r.p.m. Sat.O2 92%. Mal estado general. Diaforética. ACP normal. Abdomen en tabla. Livideces abdominales y en miembros inferiores. Exploraciones complementarias Gasometría venosa: pH 7,144, bicarbonato 16,2, lactato 8,4, Analítica: Creatinina 1,97, PCR 55, Hb 19,1 mg/dl, Leucocitos 13960, Actividad protrombina 49%. TC toraco-abdominal: neumoperitoneo y ascitis multicompartimental. Juicio diagnóstico: Peritonitis purulenta difusa secundaria a úlcera duodenal perforada.

Conclusiones:

Los Antiinflamatorios no esteroideos (AINE) se prescriben habitualmente desde urgencias para mitigar el dolor leve-moderado somático. Entre sus efectos adversos destaca la úlcera péptica y sus potenciales complicaciones, como la perforación de víscera hueca, en cuya producción influye de forma marcada el tiempo de duración de la terapia (más común en los tres primeros meses). Como factores que se asocian a mayor riesgo de gastropatía por AINEs (y que clasifican a los pacientes para asociar profilaxis o no con Inhibidores de la Bomba de Protones ? IBP) encontramos la duración y la dosis, edad > 60 años, antecedentes de toxicidad gastroduodenal por AINE, úlcera péptica y uso concomitante de glucocorticoides, anticoagulantes y clopidogrel. Atendiendo a los informes de las asistencias previas observamos que, en este caso, no se limita la dosis ni la duración del tratamiento, se asocian corticoides en la terapia y no se pautan IBP, con las consecuencias fatales descritas. Así, nos planteamos establecer un protocolo de tratamiento con AINE pautados desde urgencias hospitalarias, incluyendo fármacos de perfil más seguro, prescripciones de IBP según el riesgo calculado de gastropatía e indicación explícita de dosis y duración del tratamiento agudo con AINEs, así como su asociación con otros fármacos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1452

DIABETES INSÍPIDA CENTRAL TRAS TRAUMATISMO ORBITARIO

A Serrano Heras, M Peña Sánchez, ID García-Baquero Martín,
N Fernández de Cañet Ramírez, E Culpán Arias, AM Matas Lara

Hospital San Agustín. Linares, Jaén

Palabras clave: traumatismos craneocerebrales, diabetes insípida, poliuria

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: La diabetes insípida (DI) secundaria a traumatismo craneoencefálico se ha relacionado clásicamente con traumatismos graves. Es importante hacer diagnóstico diferencial con otras causas de alteraciones hidroelectrolíticas por sus consecuencias potencialmente graves. Consiste en una disminución de la secreción de la hormona antidiurética con incapacidad del riñón para reabsorber agua libre, dando lugar a: poliuria, densidad y osmolaridad urinaria bajas e hiperosmolaridad plasmática secundaria. Ésta puede ser temporal o permanente. **CASO CLÍNICO:** Varón de 13 años que acude al Servicio de Urgencias por clínica de poliuria y polidipsia de una semana de evolución. Exploración física y neurológica normal. Hemograma normal. Glucemia 93, urea 23, creatinina 0.74, Na 144, K 4.6. Na en orina <20. Como antecedente había sufrido 17 días antes caída de bicicleta con traumatismo orbitario, sin pérdida de consciencia y sin focalidad neurológica, visualizándose en TAC craneal fractura hundimiento del suelo de la órbita izquierda con afectación del canal del infraorbitario con herniación de grasa intraorbitaria. Hemoseno izquierdo, sin fractura craneal ni lesiones cerebrales asociadas. Se decide ingreso para estudio de posible diabetes insípida de origen central. En el estudio analítico destaca: Densidad urinaria 1.002, sodio en orina <20 mmol/L, osmolaridad urinaria: 82 mOsm/kg, sodio plasmático: 144 mmol/L, osmolaridad plasmática: 291 mOsm/kg. Diuresis de 7,5 ml/Kg/h. Se realizó test de desmopresina, confirmándose el diagnóstico de diabetes insípida. Actualmente se encuentra en tratamiento con desmopresina sublingual y nasal, con buen control de la sintomatología.

Conclusiones:

Las alteraciones hidroelectrolíticas tras traumatismo craneal grave están bien definidas, entre los diagnósticos diferenciales se encuentran la diabetes insípida central, el síndrome de secreción inadecuada de ADH.

P-1453

UN PERICARDIO SEDIENTO

M Monge Bronchalo, V de la Hoz Carracedo, M Carrasco Sánchez,
C Fonseca Ramiro, MT Martínez Marco

Hospital del Henares. Madrid

Palabras clave: epigastralgia-diuréticos-pericardio

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Mujer de 54 años con antecedentes de H. Pylori erradicado, consulta por epigastralgia, distensión abdominal y expulsión de gases, por lo que se inicia tratamiento con antiácidos y procinéticos. No sólo no mejora sino que se añaden disnea, opresión torácica y edema en miembros inferiores, así como diarrea, sin fiebre ni otra focalidad infecciosa. A su llegada a urgencias presenta buenas constantes, destacando a la exploración ingurgitación yugular bilateral, reflejo hepatoyugular con hepatomegalia de 2 traveses y edema con fovea hasta ambas rodillas, sin signos de trombosis venosa. Pruebas complementarias: Los resultados analíticos y gasométricos se encuentran dentro de la normalidad (incluidos enzimas cardíacos), siendo el único hallazgo, radiológico, un discreto derrame pleural bilateral junto con cardiomegalia, por lo que se inicia tratamiento diurético intravenoso. Diagnóstico diferencial: insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), shock cardiogénico por valvulopatía, pericarditis constrictiva, taponamiento cardíaco, tromboembolismo pulmonar, miocardiopatía restrictiva, infarto ventrículo derecho (VD). La paciente comienza con mareo, taquicardización y signo de kussmaul que suscita valoración por UCI. Diagnóstico definitivo: Ante la primera sospecha de taponamiento cardíaco, se realiza un nuevo ECG (con bajos voltajes) y un ecocardiograma seguido de TC tóraco-abdominal que muestran derrame pericárdico severo con colapso del VD, confirmándose nuestra sospecha diagnóstica de taponamiento cardíaco secundario a hipovolemia en contexto de tratamiento diurético, asociado a derrame pleural y ascitis en contexto de ICC. Evolución: Tras varios intentos fallidos de pericardiocentesis y dado el empeoramiento progresivo de la paciente (arrítmica, taquipnéica y con oliguria franca), se traslada al Hospital Universitario la Princesa para realización de ventana pericárdica. Se realiza pericardiotomía subxifoidea extrayéndose 1000ml de contenido seroso de pleura derecha y 900ml de contenido hemático del pericardio. La cirugía evoluciona sin incidencias y la paciente es de nuevo trasladada a nuestro hospital, donde se ingresa para estudio etiológico.

Conclusiones:

La epigastralgia es uno de los síntomas que más consultas genera tanto a nivel hospitalario como en primaria, y su causa puede ir desde el simple estrés hasta patología grave. Destacamos la importancia de realizar una evaluación global, para evitar que quejas que de inicio puedan resultarnos banales nos impidan alcanzar el correcto diagnóstico y su consiguiente manejo.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1455

TANTO DEPORTE NO PUEDE SER BUENO...

E Miranda Camarero, G Grecu, J Alcalá Aniento, J Montesinos Cots, A Cazorla Rodrigo, S Sarrá Moretá

Hospital del Vendrell. Calafell, Tarragona

Palabras clave: síncope, cardiomegalia, deporte

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente marroquí de 21 años, bajo nivel socioeconómico, corredor de alto nivel, sin hábitos tóxicos, es traído en ambulancia a nuestro servicio tras caída accidental mientras entrenaba a bicicleta con traumatismo frontal y sobre extremidad superior izquierda. Amnesia total del episodio, no recuerda prodromos. No presenta relajación de esfínteres, ni dolor torácico. En la última semana relata un aumento en su entrenamiento sufriendo tres episodios similares al actual con recuperación espontánea. A la exploración, TA 108/68, glicemia 92, consciente, orientado, Glasgow 15, no focalidad, normocoloreado, acá: no ruidos patológicos, eess: dolor a la palpación a nivel muñeca y mano izquierda, sin deformidad, herida frontal abierta sin pérdida de sustancia. ECG: Ritmo sinusal con hipertrofia de VI a unos 50 lmm. Tac craneal: sin hallazgos patológicos. Rx Torax: Relevante cardiomegalia. Tóxicos en orina negativos. A sangre sin alteraciones valorables. El paciente permanece monitorizado en observación en nuestro servicio, pasando posteriormente a ingresar al servicio de Medicina Interna por Síncope de esfuerzo a estudio y Traumatismo Craneal.

Conclusiones:

El síncope se define como una pérdida transitoria de conciencia que cursa con recuperación espontánea y sin secuelas que se debe a una hipoperfusión cerebral general y transitoria. Es causa frecuente de consulta médica, si bien en la mayoría de los casos se debe a un mecanismo reflejo, que tiene buen pronóstico, en determinados pacientes se puede presentar en forma de crisis muy recurrentes que afectan gravemente a su calidad de vida. Entre el 6 y el 30% de los pacientes, presentan un síncope debido a una causa cardíaca, que a veces es la primera manifestación de su enfermedad y puede ser un marcador de mal pronóstico, con riesgo de muerte súbita. Así el síncope de esfuerzo puede ser la manifestación inicial de una lesión cardíaca siendo la prueba de esfuerzo la exploración más útil para valorarlo. El sobreentrenamiento provoca una fatiga precoz por un desequilibrio entre los efectos de un programa de entrenamiento y la capacidad de recuperación del organismo, que puede estar disminuida. Además el entorno familiar y ambiental que rodean al deportista influyen precipitando un agotamiento temprano del mismo. En atletas entrenados, sin sobreentrenamiento, y sin alteraciones metabólicas, el síncope debería ser una entidad poco frecuente.

P-1456

ME DUELE MUCHO, NO AGUANTO MÁS

J Puig Larrosa, N Spaans Fernández, M Valera Varea, S Nolasco, A Lau Cheng

Hospital Marina Baixa. Benidorm, Alicante

Palabras clave: esplenomegalia, dolor, estenosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón, 59 años. Sin alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes personales: Hiperuricemia, HBP, Síndrome Mieloproliferativo crónico en tratamiento con Busulfán. Enfermedad Actual: Refiere dolor intenso de 8 horas de evolución, de aparición súbita en hipocondrio izquierdo en reposo que se irradia a tórax, extremidad superior izquierda y región interescapular sin palpitaciones ni disnea. Niega cortejo vegetativo asociado. Cómo hecho a destacar comenta la realización de transfusión sanguínea el día previo. Exploración Física: Palidez cutánea, sudoración profusa, impresiona de mal estado general Auscultación cardiopulmonar: Rítmica, sin soplos. MVC, sin ruidos sobre añadidos. Abdomen: Blando, doloroso a la palpación en hipocondrio izquierdo, hematoma infracostal izquierdo (nueva aparición), puño-percusión renal izquierda positiva, sin soplos abdominales, ruidos hidroaéreos conservados. EELL: Sin edemas, pulsos femorales y pedios conservados y simétricos -Pruebas Complementarias: Hemoglobina 9.9, Plaquetas 41.000, Leucocitos 256.000, Neutrófilos 230.000, bioquímica normal, Dímero D 789. ECG: Rs, Fc 75lpm. Rx Tórax: Normal. TAC abdominal: Esplenomegalia 14cm, extensa área hipocaptante en su mitad posterior, correspondiente a infarto esplénico. Ateroma blando de 15mm en 2ª porción de la arteria mesentérica superior, causando estenosis 70%, resto normal. Evolución: Dado el intenso dolor que presenta el paciente, palidez cutánea e hipotensión se traslada al paciente al Box de Críticos, donde se comienza fluidoterapia y analgesia con derivados mórficos. A su vez, es valorado por el Servicio de Cirugía General quien aconseja observación del paciente y valoración por Hematología, quien ingresa al paciente a su cargo. Ante la mala respuesta al tratamiento (Busulfán e Hydrea), se decide su traslado al Hospital General para la realización de aféresis terapéutica. El paciente ingresa en el hospital, con el fallecimiento a las 24 horas del mismo. Diagnóstico: Infarto esplénico. Estenosis de la arteria mesentérica superior.

Conclusiones:

En nuestra práctica clínica diaria, la edad, la clínica de nuestros pacientes y sus antecedentes personales son muy importantes, ya que nos pueden ayudar a tener una idea más orientativa del diagnóstico, y así realizar una atención médica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1457

DOCTOR, CREO QUE HE CORRIDO DEMASIADO

P Barbero Barbero, F Attardo, MS Pedromingo Kus,
RP Torres Gutiérrez, RM Santiago Gómez, JG Lara Lara

Complejo Asistencial de Ávila

Palabras clave: parálisis flácida, dolor musculoesquelético, síndrome desmielinizante

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Anamnesis: Mujer de 23 años, sin antecedentes de interés, acude por cuadro de 12 horas de evolución de dolor en cintura pelviana y escapular de intensidad creciente, asociado a debilidad en EEII ascendente progresiva, con imposibilidad para correcta deambulación tras ejercicio running intenso el día previo. Constantes vitales: afebril, FC 110 lpm, SatO₂ 100%. Exploración Neurológica: Fuerza: moviliza con dificultad sobre plano 1+ bilateral simétrico (progresión desde su llegada a Urgencias), EESS distal 2-3/5, proximal 2/5, EEII 2/5. ROT: ausentes. Intensa debilidad de cintura escapular y pélvica. Análítica: ligera bacteriuria. Pruebas complementarias: Rx tórax y TC craneal: sin alteraciones. Durante su estancia en Urgencias presenta parálisis flácida arreactiva ascendente con rápida progresión que afecta a deglución. Tos con mal manejo de secreciones e insuficiencia respiratoria, por lo que se decide ingreso en UCI por sospecha de Síndrome desmielinizante agudo. Se realiza Punción Lumbar con salida de líquido claro, 0 células y proteínas normales. Serología: IgM Ac.antiCMV +, IgG/M virus Epstein- Barr +, Ac. Anti C.Yeyuni pendientes. Diagnóstico diferencial: Síndrome de Guillain- Barré, Esclerosis múltiple, Porfiria Aguda intermitente, Miastenia Gravis, Tóxicos (alcohol, Botulismo), Metabólicas (DM, uremia), Carenciales (vit.B12, vit.E), Infecciosas (VIH, Sifilis, Lyme), Neoplasias, Causas psicógenas. Diagnóstico: Síndrome de Guillain-Barré Tratamiento: IOT con sedoanalgesia (midazolam+fentanilo+propofol), Amoxicilina/clavulánico 1g i.v. cada 8 horas (3 dosis), Ig humana inespecífica Flebogamma.

Conclusiones:

El Síndrome de Guillain-Barré representa la forma más frecuente de polirradiculoneuropatía desmielinizante aguda. En 2/3 de los casos el paciente tiene antecedente de infección viral intestinal o respiratorio (CMV, Virus de Epstein-Barr), siendo otros antecedentes una GEA por C. Yeyuni, LES y linfomas. Se caracteriza por una desmielinización autoinmune segmentaria y multifocal que afecta sobre todo al tramo proximal de las raíces nerviosas (polirradiculoneuritis).

P-1458

ANEMIA MIXTA EN PACIENTE CON SOSPECHA DE POLIMIALGIA REUMÁTICA

MC Mateos Madrid, M Tejón Ruiz, C González Pozo

Hospital Comarcal Antequera. Málaga

Palabras clave: anemia, polimialgia, reumática

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 60 años, con antecedentes personales de alergia a quinolonas, HTA, asma extrínseca severa con bronquiectasias de larga evolución, cervicoartrosis, osteoporosis, hiperparatiroidismo normocalcémico con déficit de vitamina D. Consulta porque desde hace dos meses presenta cuadro de astenia, pérdida ponderal no significativa, debilidad de cinturas escapular y pelviana y algias de predominio en zona lumbar y MMII, afebril, no semiología de agudización respiratoria ni digestiva. Se hace estudio de PC con los hallazgos siguientes: analítica con hb de 8.8 (de perfil mixto, ferropenia + trastorno crónico), creatinina 1.26, hierro 17, transferrina 143, ferritina 623, FR 194, PCR 14.56, TSH, ácido fólico y vit B12 normales, Ac anti-nucleares negativos, Ac anticitoplasma neutrófilo positivo, anticuerpo péptido citrulinado negativo, gammapatía policlonal, serología infecciosa negativa. Orina sin hallazgos. Tac tórax: bronquiectasias bibasales (ya conocidas). Tac abdomen: normal. EDA y Colonoscopia normales. Bajo sospecha de polimialgia reumática se inicia tratamiento con prednisona 20 mg/día con práctica desaparición de la clínica, normalización de serie roja y de la función renal.

Conclusiones:

Tras el inicio de corticoides desaparición de la clínica, con mejoría de la impotencia funcional, normalización de serie roja y de la función renal. El cuadro es sugerente de un proceso de vasculitis-ANCA positivos con mejoría tras inicio de esteroides, en paciente afecta de asma de larga data con frecuentes reagudizaciones que obligan a pautas cortas de esteroides, se deriva a consulta de enfermedades autoinmunes con diagnóstico de posible vasculitis.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1459

CETOACIDOSIS DIABÉTICA POR EMPAGLIFLOZINA

E Fuentes Miguel, R Castillo Rubio, C Millán Donet, A Peiro Gómez, C Gago Bellido, M Barberá Salom, Y Donat Sanz

Hospital de Liria. Valencia

Palabras clave: cetoacidosis diabética, empagliflozina, inhibidores SGLT2

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Motivo de consulta Mujer de 88 años diabética que remiten desde el centro de salud por hiperglucemia de 595 mg/dl y cetonuria administrándole 12 U de insulina rápida subcutánea. Antecedentes personales: HTA, Diabetes Mellitus tipo 2, Talasemia menor, artrosis y osteoporosis, anemia multifactorial. Tratamiento actual: Acido folico 5mg, AAS 100, sitagliptina/metformina 50/1000 cada 12 horas, empagliflozina 10 mg y omeprazol 20 mg Exploraciones complementarias: hemograma: Hb 10,8, Hto 31,3, leucocitos 10,460 y plaquetas 308,00. BQ: Glu 429, sodio 131, potasio 4,9. Gasometría venosa: pH 7,29, bicarbonato 24,9, ácido láctico 1,5. Orina: nitritos +, cuerpos cetónicos 50. Sedimento: bacteriuria. ECG normal. Rx de tórax normal Diagnóstico: Cetoacidosis diabética por empagliflozina. Infección urinaria. Evolución: tras una correcta hidratación e insulinización mejoran su parámetros analíticos por lo que ingresa en la unidad de corta estancia, se retiran los antidiabéticos orales, por lo que permanece estable y con buen control glucémico. Al día siguiente glucemias entre 100-180 y pH 7,34 sin cetonuria. Es dada de alta con insulina glargina y la combinación de alogliptina más metformina con buena tolerancia. Bajo su consentimiento entra en el programa E star para control y optimización de su diabetes.

Conclusiones:

Los nuevos glucosúricos (inhibidores de de SGLT2) tienen un buen perfil de tolerancia y seguridad en pacientes mayores, no obstante no están exentos de riesgo. Concretamente pueden producir cetoacidosis diabética que se puede presentar de forma atípica. Ante la sospecha debe suspenderse el tratamiento y realizar la determinación de cuerpos cetónicos. En este caso pudo precipitarse la infección urinaria y el mal control de su diabetes. No se debe reintroducir el fármaco en estos casos, a no ser que haya otros factores que hayan sido claramente los precipitantes y éstos se hayan resuelto.

P-1460

SÍNDROME NEFRÓTICO EN URGENCIAS

C Salas Pelayo, E Cobo García, A Córdoba Alonso, M Lisa Gracia, C Marcote Ibáñez, S Neila Calvo, Z Salmón González

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras clave: edema, disnea, diabetes

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 34 años, diabética tipo 1 en tratamiento con insulina, que había abandonado el control médico en 2005. Enviada desde Urgencias de Atención Primaria a Urgencias Hospitalarias por edema facial y sibilancias, que no mejoran tras corticoides intramusculares y broncodilatadores nebulizados, con sospecha de reacción alérgica. En la anamnesis dirigida refiere tos seca y edemas de miembros inferiores de 15 días de evolución asociado a edema facial de predominio matutino y dolor costal bilateral con disnea de 24h de evolución. No hay relación aparente con ningún alérgeno conocido. En la exploración, mantiene saturación de oxígeno 95% en aire ambiente, presenta lesiones cutáneas hiperpigmentadas generalizadas, edema parpebral, aumento de la presión venosa yugular, se auscultan crepitantes bilaterales hasta medio campo, auscultación cardiaca normal y edemas con fovea bilaterales hasta muslo. Analíticamente se objetiva: creatinina 2 mg/dl, urea 59 mg/dl, filtrado glomerular estimado 32 mL/min, hemoglobina 8,2 g/dL, volumen corpuscular medio 76 fL, y TSH 8,05 mIU/L con T4I normal. La relación proteínas/creatinina en orina es 8781 mg/g y la albuminuria > 600 mg/l. La radiografía presenta un infiltrado en base derecha, sugestivo de neumonía, que se confirma por TAC, y derrame pleural asociado. Ante estos hallazgos se avisó a nefrología y la paciente ingresó a su cargo bajo sospecha de síndrome nefrótico. Recibió antibióterapia empírica con mejoría de la neumonía. Fue valorada por endocrino, debido al mal control metabólico, y por dermatología para valorar las lesiones cutáneas. Fue dada de alta 12 días después con diagnóstico de Síndrome Nefrótico por enfermedad renal crónica estadio IV secundaria a nefropatía diabética, anemia ferropénica y nefrogénica e hipotiroidismo primario.

Conclusiones:

Antes de que los pacientes diabéticos se manejaran con estricto control glucémico, de tensión arterial y lipídico, la incidencia de nefropatía era del 25 al 45% y cerca del 15% acababan desarrollando enfermedad renal avanzada a 20 años desde el diagnóstico de la enfermedad. La presencia de edemas debe hacer pensar en enfermedad renal, sobre todo en pacientes diabéticos, y más aún en aquellos con pobre control glucémico, y una bioquímica básica, puede ponernos sobre la pista de una enfermedad renal subyacente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1461

¿ESCLEROSIS MÚLTIPLE CON RMN NORMAL?

I Mantiñan Vivanco, V Acosta Ramón

HUMV. Loiu, Bizkaia

Palabras clave: esclerosis múltiple, radiodiagnóstico, neurofisiología

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente varón de 21 años sin antecedentes patológicos ni tratamiento habitual que acude a nuestro servicio de urgencias por hipoestesia en superficie completa de ambas extremidades inferiores (EEII), dolor lumbar no irradiado de predominio nocturno que interrumpe descanso y dificultad para la deambulación. Refiere hace un mes coincidiendo con esfuerzo físico, comienza cuadro de hipoestesia en EEII, dolor lumbar y dificultad para inicio de micción así como defecación. Sin otra sintomatología asociada por lo que acudió a otro servicio de urgencias hospitalario donde objetivan en la exploración física reflejos vivos generalizados, TAC craneal informado como normal. Decidieron ingresarlo para completar estudio con RMN medular que no es realizada por solicitar el paciente alta voluntaria. Posteriormente el paciente acude a centro privado donde se realiza RMN medular de 3 segmentos y estudio neurofisiológico ambos normales. Progresivamente mejora, desapareciendo los síntomas esfinterianos y la hipoestesia. Tras un mes empeora y acude a nuestro centro con la sintomatología previamente descrita, afebril, constantes normales. En la exploración física presenta hipoestesia en ambas EEII, hiperreflexia universal con predominio en miembros inferiores, clonus rotuliano agotable bilateral y aquileo inagotable. Marcha inestable con moderado aumento de la base de sustentación, taloneante con cierto componente de espasticidad. Tandem muy dificultoso, marcha de puntas y talones inestable. Por lo que impresiona de afectación medular nivel L1. Se realiza analítica con bioquímica, hemograma, coagulación, estudios inmunológicos, proteinograma, análisis completo LCR, y microbiología normal. Se realiza RMN de cerebro donde se objetivan lesiones en sustancia blanca compatibles con placas de desmielinización. Así como RMN de columna que informa de mielitis aguda transversa de probable origen inflamatorio desmielinizante. Con estos datos se llega al diagnóstico de Esclerosis Múltiple (EM), se instaura tratamiento corticoide y seguimiento en consulta de neurología.

Conclusiones:

Destaca que nos encontramos ante un paciente que a su llegada a urgencias presenta sintomatología compatible con brote medular, aunque según informes de radiodiagnóstico y neurofisiología realizados en centros privados no objetiven lesiones. Debido a la alta sospecha se ingresa para estudio llegando a diagnóstico de EM. Concluimos que a pesar de informes contradictorios ante clínica de sospecha debemos plantearnos repetir las pruebas, puesto que la sintomatología prevalece.

P-1462

A PROPÓSITO DE UNA EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA ALTERADA

MA Insausti Lorduy, N López Laguna, O Oger, I Oviedo Bermejo, L Sorbet Villanueva, M Merino García, A Pérez Tellería

Hospital García Orcoyen. Navarra

Palabras clave: neurologic examination, meningeal neoplasms, headache

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 52 años con cefalea y mareo de 10 meses de evolución, habiendo empeorado en los últimos 2 días. Se acompaña de vómitos biliosos. Mareo descrito como sensación de inestabilidad, sin giro de objetos, desencadenado por movimientos cefálicos. Acudió a urgencias por cefalea de tipo ?punzada pulsátil intermitente? desde nuca hasta occipital, a pesar de la toma de anglicicos, sin fotofobia o fonofobia. Durante ese día comenzó con habla incoherente y disártrica e inestabilidad para la marcha. Durante la anamnesis, ésta no es capaz de mantener la atención ni de recordar lo acaecido durante los últimos días. 4 días antes había acudido a Urgencias por vómitos biliosos, inestabilidad sin giro de objetos desencadenado por movimientos cefálicos, cefalea occipital punzante sin fotosonofobia, con pico de 37,6°C. A su vez episodios similares desde hace 10 meses que mejoraban parcialmente con Dogmatil®. Analítica con 23.100 leucocitos y PCR 63,8. Durante la exploración física destacaba una movilización completa del cuello, salvo la lateralización hacia lado izquierdo que estaba limitada por dolor. Se encontraba consciente y orientada, levemente disártrica, pupilas isocóricas y normorreactivas, con un reflejo de confrontación lateralizada a la izquierda, con el resto de los movimientos oculares normales y exploración de pares craneales normales. Tono muscular, fuerza y sensibilidad conservada. Exaltación de reflejos rotuliano, bicipital y tricipital, con abolición del reflejo aquileo. No presentaba clonus y reflejo cutáneo plantar era débilmente positivo. Marcha imposibilitada por inestabilidad. Hemograma sin alteraciones y bioquímica con Proteína C Reactiva de 45,3 mg/L. Al administrar Nolotil® endovenoso con mejoría del estado atencional y general. El habla comienza a normalizarse pero al cabo de pocos segundos comienza con leve disartria. Mejora levemente la inestabilidad al aumentar la base de sustentación. Se realiza TAC Craneal con resultado de masa en fosa posterior derecha de 4,3 x 4,2 x 4,6 cm, posible meningioma. Condiciona hipertensión intracraneal con hidrocefalia obstructiva.

Conclusiones:

Se plantea diagnóstico diferencial con vértigos centrales (escasa repercusión vegetativa, sin componente rotacional, cefalea no pulsátil, inestabilidad), encefalitis (febrícula + leucocitosis sin desviación izquierda), migraña (cefalea) y proceso intracerebral con crecimiento (tiempo de evolución, clínica compatible).



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1463

LA UTILIDAD DE LA COCA-COLA

S Moreno Ramírez, P Redondo Galán, S Daza Pozo,
P Valiente Maresca, VS Freund Vargas-Prada

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

Palabras clave: dysphagia esophageal, sialorrhea, body foreign

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Mujer de 83 años hipertensa, con antecedentes de cardiopatía hipertensiva, fibrilación auricular paroxística y EPOC con oxigenoterapia crónica domiciliar que acude a urgencias por atragantamiento mientras comía arroz con pollo, con un vómito posterior. Tras este episodio comienza con sialorrea, tos y dolor retroesternal. A la auscultación cardiopulmonar está rítmica y presenta hipofonesis bilateral con roncus y sibilancias dispersas bilaterales sugestivas de broncoespasmo. El resto de la exploración es normal. En la analítica destaca leucoditosis e hipoxemia. La radiología de tórax y el electrocardiograma son normales. En urgencias se inicia tratamiento con corticoides intravenosos, aerosolterapia y antibioterapia empírica. La paciente mejora de la clínica respiratoria, pero persiste el dolor retroesternal por lo que comentamos con Digestivo de guardia ante la sospecha de impactación de bolo alimentario. Se realiza gastroscopia donde se objetiva un gran molde alimentario retenido que impide el paso del endoscopio a tramos distales. Se extraen cuatro fragmentos de gran tamaño sin poder resolverse la obstrucción. Decidimos ingresar a la paciente por impactación de bolo alimentario retenido en esófago que no puede resolverse completamente por vía laparoscópica más infección respiratoria. Dejamos a la paciente en dieta absoluta salvo pequeños sorbos de coca-cola. A las 24 horas se realiza nueva endoscopia observándose desimpactación completa tras el uso de Coca-Cola.

Conclusiones:

La impactación de bolo de carne en esófago es la causa más frecuente de cuerpo extraño esofágico en adultos, constituyendo la segunda indicación de endoscopia alta urgente tras la hemorragia digestiva. Se manifiesta como disfagia, odinofagia, sialorrea, molestia a nivel cervical o retroesternal. Los síntomas respiratorios pueden ser resultado de la compresión de la tráquea por el cuerpo extraño, por broncoaspiración, o por obstrucción completa de la vía aérea. La presencia de dolor retroesternal e imposibilidad para tragar suele ser la forma de presentación más característica de la impactación del bolo de alimento aunque en ocasiones aparece de forma más insidiosa. Un cuerpo extraño o bolo de alimento no debe de permanecer en esófago más de 24 horas. La Coca-Cola en combinación con métodos endoscópicos, tiene éxito en más del 90% de los casos. Es un procedimiento barato, fácil y seguro.

P-1464

PARADA RESPIRATORIA EN PACIENTE CON ICTUS BULBAR

L Cano Alcalde, B García Marina, J Penedo Arruguete, C Hidalgo Collazos, R Parada López, R Gómez Guerra, J Del Cañizo Canto

Hospital Infanta Leonor. Madrid

Palabras clave: parada respiratoria, ictus, síndrome de Wallenberg

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 87 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes de HTA. Faquectomía bilateral. Glaucoma. Acude al servicio de urgencias por cefalea frontotemporal izquierda irradiada a hemicara seguida de mareo con sensación vertiginosa e inestabilidad. En las siguientes horas asocia entumecimiento hemifacial ipsilateral y disartria. Durante su estancia en urgencias la paciente sufre un episodio de atragantamiento con parada respiratoria recuperada al intentar deglutir la medicación. A la exploración física: TA 103/52, FC 50 lpm, T° 36.6 °C. Consciente y orientada en las tres esferas. Bien perfundida e hidratada. Eupneica en reposo. Neurológico: No presenta alteraciones disfásicas del lenguaje. Perimetría por confrontación normal. MOE: nistagmo rotatorio puro en posición primaria con batida antihoraria y componente horizontal en mirada lateral derecha. Ptosis izquierda con sutil miosis con luz ambiental. Hipostesia algésica hemifacial izquierda. Paresia facial izquierda de predominio inferior. Disartria grave. Disfagia. Abolición del reflejo nauseoso bilateral. Moviliza y mantiene las 4 extremidades contra gravedad sin claudicación. Balance muscular 5/5 en los 4 miembros. Arreflexia rotuliana derecha y aquilea. No clonus. Hipostesia algésica objetiva hemicorporal derecha. Sin alteración táctil o vibratoria. Dismetría moderada de extremidad superior izquierda. Pruebas complementarias: - Hemograma: normal. Coagulación: Fibrinogéno 444 mg/dl, resto normal. Bioquímica: Gl 205 mg/dl, K 3.2 mmol/L, Lactato 2.61 mmol/L, resto normal. - TAC craneal: no hay lesiones intracraneales urgentes. Hallazgos compatibles con arteriopatía de pequeño vaso. - Estudio neurosonológico: placas de ateroma en ambas bifurcaciones y en origen de la ACI izquierda sin repercusión en las velocidades. - RM cerebral: compatible con lesión isquémica aguda en región posterolateral izquierda de bulbo raquídeo. Diagnóstico: - Ictus isquémico bulbar lateral (síndrome de Wallenberg) izquierdo. Probable origen aterotrombótico. - Parada respiratoria en contexto de atragantamiento

Conclusiones:

El síndrome de Wallenberg o síndrome lateral bulbar se sospecha clínicamente y su diagnóstico se confirma por RM o doppler transcraneal. Es importante tener un alto índice de sospecha para su diagnóstico precoz y evitar complicaciones graves.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1465

¡DOCTOR!, SE ME CIERRA EL OJO

D López Fernández, C De León Rivas, A González San Emeterio, A Robles Amieva, R Hernando Fernández, C Fernández Pereda, B Sainz Santos

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras clave: miastenia gravis, fatiga muscular, acetilcolina

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN. La Miastenia Gravis (MG) es una alteración en la inmunidad caracterizada por debilidad y fatiga muscular debido a una respuesta mediada por anticuerpos (contra el receptor de acetilcolina o el receptor asociado a proteínas de la membrana postsináptica). Se habla de MG ocular cuando afecta de forma aislada al músculo elevador del párpado, orbicularis oculi y músculos oculomotores, caracterizándose por ptosis y oftalmoparesia. **OBJETIVO** Reconocer la clínica y tratar de forma precoz la afectación por MG. **MATERIAL O PACIENTES Y METODO** Varón 57 años, antecedente ojo vago derecho y miopía, acude a urgencias por disartria leve, ptosis ojo derecho y dolor en región frontal de 1 semana de evolución. No datos de fatigabilidad, no fluctuaciones ni clínica sistémica. Exploración física: leve ptosis bilateral, mayor en ojo derecho hasta borde superior de pupila. Movimientos oculares sin fatigabilidad con limitación en la abducción en ojo derecho sin diplopía, posiblemente residual por ojo vago. Fuerza: 5/5 en 4 extremidades, sin fatigabilidad. Sensibilidad: normal. ROT: hiporreflexia generalizada. Pruebas cerebelosas y marcha: normal. **RESULTADOS** Analítica: hemograma, bioquímica, perfil hierro, hormonas tiroideas, serologías y proteinograma normales. TAC y RMN craneal: Sin hallazgos a nivel intracraneal. Proptosis y aumento de tamaño del globo ocular derecho en probable relación a miopía. Signos de sinupatía extensa a nivel maxilar derecho, etmoidal bilateral y frontal bilateral. TAC tórax: No se observan masas mediastínicas sugestivas de timoma. Estudio neurofisiológico: anomalías en la respuesta de los nervios facial y laríngeo superior derechos en estimulación repetitiva, sugestivas de trastorno de transmisión neuromuscular a nivel post-sináptico. Ac anti-receptor acetilcolina: 45.86 nmol/L.

Conclusiones:

El diagnóstico de MG se puede realizar en pacientes con clínica y exploración física típicas y resultado positivo del test con anticolinesterásicos a la espera de la confirmación con Ac anti-receptor acetilcolina, negativo hasta en 50% de los pacientes con MG ocular, en cuyo caso se realizaría estudio con estimulación repetitiva o electromiografía. Importante descartar afectación del timo. En cuanto al tratamiento se recomienda el uso de fármacos anticolinesterásicos (Piridostigmina) con la posibilidad de añadir inmunosupresores dependiendo de la severidad del cuadro y sopesando riesgo-beneficios.

P-1466

ICTERICIA INUSUAL

J Perez Hopkins (1), M Picans Saurino (2), J Méndrida Rodríguez (3), A Ramos Fernández (4), T Martín Quiles (5)

(1) Centro de Salud Villaviciosa, (2) Hospital Universitario de Burgos, (3) Hospital Universitario Fundación Alcorcón, (4) Centro de Salud Villaviciosa, (5) Centro de Salud Navalcarnero. Madrid

Palabras clave: ictericia, anemia hemolítica, anticuerpos calientes

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

La ictericia es la coloración amarillenta de la piel, mucosas y fluidos por exceso de bilirrubina. Detectable clínicamente al superar los 2-2,5 mg/dl en la piel y previamente en la esclerótica (> 1,2 mg/dl). Si el predominio es indirecto las causas suelen ser hemólisis, eritropoyesis ineficaz, sepsis entre otras. (1) Mujer 82 años sin alergias conocidas, hipertensa diabética, dislipemia y fibrilación auricular en tratamiento con Enalapril, Metformina/Sitagliptina, Rosuvastatina, Gliclazida y Ácido acetil salicílico. Traída a Urgencias por cuadro de 6 días consistente en fiebre, cefalea, mareo y disnea progresiva hasta hacerse de pequeños esfuerzos. Náuseas, vómitos y orina oscura. Al examen físico: TA 109/67 mmHG FC 102 ppm SaO2 basal 95 % Taquipneica Ictericia moderada. Auscultación cardíaca arritmica Abdomen normal. Resto normal En analítica destacaba Leucocitos 29130/uL. Neutrófilos: 68% Linfocitos 18,4 % Hematíes 1,78 HB 6,2 g/dL VCM 96,8 HCM 34,6 pg, Plaquetas 411000. Fórmula leucocitaria manual: Metamielocitos 1 % Frotis periférico sin blastos Coagulación normal Bilirrubina total 2,4 Bilirrubina conjugada 0,5 LDH 956 U/L GPT 39 U/L GOT 74 Fosfatasa alcalina 60 U/L, Amilasa 32 U/L. Resto normal. Sedimento Leucocitos 50-100/campo Radiografía de tórax, abdomen y Ecografía abdominal normales Al ver hallazgos analíticos con destrucción celular con aumento de LDH sin alteraciones orgánicas abdominales se sospecha de anemia hemolítica libre de blastos probablemente reactiva haciéndose interconsulta a Hematología quienes realizan Test de Coombs que resulta positivo con crioaglutininas negativa tratándose con antibiótico fluidoterapia, corticoides y transfusión sanguínea.

Conclusiones:

En la anemia hemolítica autoinmune (AHAI) la hemólisis se produce por la presencia de autoanticuerpos dirigidos contra los antígenos de la membrana eritrocitaria. La causada por anticuerpos calientes es la más frecuente, con una incidencia de 0,2-1 casos por 100.000 habitantes y año. Más frecuente en adultos y predominante en mujeres. Es idiopática o secundaria. Las AHAI suelen presentarse como un cuadro agudo con amenaza para la vida. Solo debe transfundirse a los pacientes que presenten signos de hipoxia cerebral, cardíaca o renal, y amenaza vital. El tratamiento debe ser inmediato de la enfermedad subyacente, si existe, y pautar esteroides. Remitiendo en más del 80 %. De no responder puede utilizar Rituximab.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1467

DOCTOR, ¿QUÉ ME PASA?

M Rodrigo Rodríguez (1), T Mondéjar Solis (1), M Montes-Jovellar Jordán (2), C Hernández Tuda (1), B Campos Ruiz (1), M Sainiz de Andueza (1), P López Díez (1)

(1) Hospital Universitario de Burgos, (2) Hospital Comarcal Medina del Campo. Burgos

Palabras clave: esclerosis, depresión, ansiedad

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

La esclerosis múltiple es la más común de las enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso central, que ocupa el primer lugar entre los trastornos de este tipo que causan discapacidad. Paciente de 41 años que acude a urgencias por cuadro de desorientación temporoespacial e incapacidad progresiva para la realización de sus labores habituales desde hace unos días. En tratamiento ansiolítico por un cuadro ansiosodepresivo de 3 semanas de evolución. Antecedentes Personales: episodio de trastorno de la marcha de varias semanas de duración de origen no filiado hace 4 años. Antecedentes Familiares: sin interés. Exploración Física: Examen General sin alteraciones y examen neurológico: Campimetría: cuadrantanopsia homónima superior derecha bilateral resto sin alteraciones. Tras una larga anamnesis y exploración física se decide completar el estudio con pruebas complementarias. Pruebas Complementarias: analítica sistemática y bioquímica sin alteraciones. Radiografía de tórax sin alteraciones. TAC cerebral sin contraste: múltiples lesiones hipodensas en sustancia blanca. Tras la llegada de resultados se decide realizar una Interconsulta a Neurología que ingresa a la paciente para completar estudio y pautar tratamiento. Durante el ingreso se realiza analítica completa con proteinograma, Complemento (C3 y C4) y hormonas tiroideas normales. Serología de Borrelia, Brucella, VDRL-TPHA y anticuerpos (ANA) negativos. Vitamina B12 185 pg/ml. Se realiza RMN cerebral (sin y con contraste): lesiones en el contexto de esclerosis múltiple con signos de actividad. Punción Lumbar: bandas oligoclonales. Resto normal. Potenciales Evocados Visuales: latencias alargadas en ambos ojos. Durante el ingreso se comienza tratamiento con metilprednisolona endovenosa con mejoría gradual de la sintomatología cognitiva y ansiosodepresiva. Diagnóstico Diferencial: enfermedades infecciosas (enfermedad de Lyme, Brucella), enfermedad de Bechet, síndrome de fatiga crónica. Juicio Clínico: Esclerosis Múltiple.

Conclusiones:

La depresión es la manifestación afectiva más frecuente de la esclerosis múltiple. Presenta una prevalencia variable entre 27 y 54%. Es por ello que ante cuadros de deterioro cognitivo agudo asociado a trastornos del estado de ánimo hay que mantener un estado de alerta ante la sospecha de este diagnóstico.

P-1468

UN VÉRTIGO TRAICIONERO: SÍNDROME DE WALLENBERG

G Bejarano Redondo, ML López Corcuera, B Reche Martínez, E Muriel Patino, L López-Táppero Irazabal, C Martínez Caballero, JM Valero Recio

Hospital Universitario de La Paz. Madrid

Palabras clave: Wallenberg's syndrome, brain infarction, hiccup

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 62 años diabético, hipertenso, dislipémico y obeso que acude a urgencias por mareo y marcha con lateropulsión derecha. No había tomado su medicación antihipertensiva. Presentaba TA 190/85, con mejoría de TA y clínica, tras administración de captopril 25 mg. En sala de espera, presenta síncope con rápida recuperación sin periodo postcrítico pero con aumento del mareo, náuseas y aparición de hipoestesia en brazo/pierna derechas, TA 86/50 y FC 40 lpm. Exploración neurológica: nistagmus horizonte-rotatorio bilateral, sin dismetrías ni alteraciones de fuerza/sensibilidad, imposibilidad de explorar marcha por náuseas y mareo. Analítica (incluido dímero-D y curva enzimática) normal, ECG sin alteraciones, FC 40 lpm, Rx Torax: aumento del índice cardio-torácico. TAC craneal: atrofia córtico-subcortical difusa, infarto lacunar en núcleo lenticular izquierdo. Se decide observación y control analítico con cortisol y hormonas tiroideas. Aproximadamente 24 horas después del inicio de los síntomas, el paciente persiste hipotenso, bradicárdico, imposibilidad de la marcha, e inicia clínica de hipo, disartria, ptosis palpebral derecha, parálisis facial central leve derecha, diplopía binocular y dismetría en maniobras dedo-nariz y talón-rodilla derechas, por lo que se avisa a Neurología, ingresando en la unidad de ictus, con sospecha de síndrome de Wallenberg, que se confirma tras RMN cerebral: lesión hiperintensa en región bulbar derecha de probable etiología isquémica, confirmándose por angio-TAC oclusión de PICA derecha.

Conclusiones:

El síndrome de Wallenberg o síndrome de arteria cerebral posterior inferior (PICA) homolateral, se caracteriza por la afectación de los núcleos y tractos nerviosos localizados en la parte lateral de la médula, con múltiples afectaciones clínicas: vértigo, náuseas y nistagmus central, por afectación de núcleos vestibulares, hipo, por compromiso del centro respiratorio (afectación medular lateral), diplopía por compromiso pontino, disfonía, disfagia y disartria por compromiso del núcleo ambiguo, síndrome de Horner ipsilateral, por compromiso de la vía simpática, ataxia ipsilateral por afectación del pedúnculo cerebeloso inferior, y disfunción autonómica con labilidad de la TA y bradi/taquicardia. Las causas más frecuentes son: oclusión aterotrombótica, disección traumática de arteria vertebral, infecciones (osteomielitis por continuidad) y esclerosis múltiple. En conclusión, debemos considerar la posibilidad de infarto caudal cerebeloso en un paciente con hipotensión ortostática, bradicardia, nistagmus y mareo.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1469

VÉRTIGO METASTÁSICO

Al Nogales García, V del Saz Moreno, L Díez Domínguez,
A Crespo Giménez, MR Sanz de Barros

Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid

Palabras clave: vértigo, neoplasias pulmonares, metástasis de la neoplasia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 72 años alérgica a antiinflamatorios no esteroideos, salicilatos, arilacéticos y vitamina B, además es hipertensa, dislipémica, presentó hipertiroidismo que fue tratado con yodo radiactivo con hipotiroidismo postradiación, así como, una trombosis venosa profunda y tromboflebitis superficial en miembro inferior izquierdo. Intervenida de histerectomía y de ambas rodillas. En seguimiento en oncología por un adenocarcinoma de pulmón en lóbulo inferior izquierdo T2ANOM1b estadio IV. En tratamiento con enalapril, simvastatina, eutirox, ranitidina, paracetamol, primperan, lorazepam y anticoagulada con enoxaparina. Acude a urgencias por cuadro de mareo súbito con claro giro de objetos y vómitos alimenticios, a su llegada a urgencias realiza un vómito en posos de café. EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: T° 36,6 °C, TA 134/88 mmHg, FC 87 lpm, Saturación O2 95%. Consciente, orientada, postrada, pálida y sudorosa por mareo con dificultad para abrir los ojos. Nistagmo de fase rápida a la izquierda. Resto de exploración anodina. Analítica: leucocitos 18.66 10E3/μL, calcio 1.1. ECG: ritmo sinusal a 80 lpm, no bloqueos, no alteraciones agudas de la repolarización. TAC craneal: pequeño nódulo cerebeloso izquierdo de nueva aparición, recomendando su estudio mediante RMN. Resto del estudio sin cambios significativos respecto al TAC previo. RMN cerebral: imagen compatible con metástasis cerebelosa de su enfermedad de base y dudosa temporal ipsilateral. JUICIO CLÍNICO: Síndrome vestibular en relación con nódulo cerebeloso de nueva aparición (posible metástasis). Hemorragia digestiva alta, posible Mallory-Weiss. Hipercalcemia leve ya conocida en relación con tratamiento oncológico. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Vértigo periférico. Vértigo central. Otras causas (fármacos, psicológico).

Conclusiones:

Aunque la clínica era característica de un síndrome vestibular periférico, el antecedente oncológico en esta paciente y la falta de mejoría con la medicación pautaada, nos obligaba a realizar un TAC craneal para descartar otro posible origen, como así fue al final.

P-1470

NEFRITIS INTERSTICIAL AGUDA POR ANTIBIÓTICOS. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

MJ Sada Ruiz (1), MF Sanz de Galdeano Sanz de Galdeano (1),
L Yanguas Amatriain (1), MA Zapatería García (2), E Monreal Arnal (1),
M Díaz Noain (1)

(1) Hospital García Orcoyen, (2) Hospital Reina Sofía. Navarra

Palabras clave: nefritis intersticial, antibióticos, insuficiencia renal

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: La nefritis túbulo intersticial es una inflamación aguda del intersticio renal, que se manifiesta por deterioro de la función renal. Su etiología es variada, siendo los fármacos la causa más frecuente. **OBJETIVO:** Describir dos casos clínicos de Nefritis intersticial por antibióticos **CASOS** Caso 1: mujer joven 15 años en tratamiento con amoxicilina-clavulánico por celulitis secundaria a 'arañazo de gato', presento fiebre, astenia y anorexia, objetivando creatinina 2,5 mg/dl. Buena evolución tras retirada de antibiótico, con normalización de función renal. Caso 2: mujer 77 años, pluripatológica, ingreso en urgencias por Sepsis grave de origen urinario, que requirió sueroterapia, antibioterapia de amplio espectro, vasoactivos y corticoides. Según antibiograma, sensible a quinolonas, es dada de alta con ciprofloxacino. Tras diez días asintomática presenta astenia intensa, hiporexia y nauseas, volviendo a urgencias donde se objetiva Creatinina 8,2 mg/dl. Exploración complementarias (eco abdominal) normales. Con sospecha de fracaso renal agudo por quinolonas, ingresa en Nefrología, donde se inicia tratamiento con corticoides (1mg/Kg) y retirada del fármaco con mejoría progresiva.

Conclusiones:

La nefritis intersticial aguda (NIA) es de etiología variada, inducida más frecuentemente por drogas (AINES, antibióticos como penicilinas, sulfonamidas y ciprofloxacino)? Otras son enfermedades autoinmunes, infecciosas? El diagnóstico es clínico y analítico, debiendo confirmarse con Biopsia renal. El desarrollo de una NIA inducida por fármacos no es dosis dependiente y su recurrencia o exacerbación puede ocurrir con una segunda exposición a la misma droga o drogas relacionadas En la mayoría de los casos se observa mejoría ante la retirada de la droga responsable. La administración de corticosteroides (prednisona 1 mg/Kg/día) es controvertida (recomendación IC), estando indicado en fallo renal que no mejora tras suspender tratamiento. En ambos casos expuestos, la retirada del fármaco, determino la buena evolución del proceso.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1471

SÍNDROME DE SWEET

M García Rodríguez, A Marmesat Montes, B Vilaboy Arias, MJ Rodríguez Ourens, A Delmiro Magdalena, A Murcia Olagüenaga
Hospital de Cabueñes. Gijón, Asturias

Palabras clave: Sweet syndrome, skin diseases, dermatology

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Motivo de consulta: lesiones en manos y miembros inferiores de diez días de evolución. Antecedentes personales: Mujer de 79 años, vive sola en entorno rural, trabaja la huerta y convive con un gato. Cognitivo normal, no alergias medicamentosas. Diabetes tipo II. Estenosis de canal lumbar y espondiloartrosis. Intervenido de histerectomía y doble anexectomía, apendicectomía, adenoma de paratiroides. Tratamientos: glimepirida, tramadol/paracetamol. Enfermedad actual: Acude a consulta por aparición progresiva de lesiones en ambas manos y miembros inferiores desde hace 10 días, siendo las últimas dolorosas a la palpación. Empeoramiento franco de las lesiones los últimos tres días. No fiebre, sensación distérmica. No sintomatología por aparatos. Como único antecedente relevante reciente refiere infección urinaria a tratamiento con fosfomicina desde hace cinco días. Exploración: T°: 37,5°C. Buen estado general. Eupneica en reposo, buen nivel de hidratación, coloración normal de piel y mucosas. Cabeza y cuello: sin lesiones, no adenopatías. Auscultación cardiopulmonar normal. Exploración abdominal es anodina. Extremidades: Miembros superiores: lesiones dolorosas ampollas eritemato violáceas y algunas pustulosas en manos más evidentes en primer y quinto dedos y en area tenar e hipotenar, aproximadamente simétricas. Miembros inferiores: lesiones nodulares subcutáneas, infiltradas cubiertas de piel eritemato-violácea, dolorosas. No signos de artritis ni sinovitis. Pruebas complementarias: Anemia (Hb: 10.7) leucocitosis (16,69 n: 74,3%). Bioquímica: función renal y hepática normales. PCR y procalcitonina elevadas. Coagulación: tasa de protrombina: 68%. Tórax: sin lesiones agudas. Se extraen además hemocultivos y cultivo de las lesiones. Diagnóstico en Urgencias: Probable síndrome de Sweet confirmado posteriormente en la biopsia. Diagnóstico diferencial: proceso infeccioso, urticaria y vasculitis urticariforme, pioderma gangrenoso, enfermedad de Crohn metastásica cutánea, medicamentos, sarcoidosis subcutánea, eritema nodoso, vasculitis leucocitoclástica bullosa.

Conclusiones:

El Síndrome de Sweet es una alteración inflamatoria que afecta a la piel y se asocia frecuentemente con patología maligna subyacente, por ello, no debemos perder de vista este diagnóstico ante pacientes con lesiones cutáneas dolorosas de aspecto eritematoso-violáceo, en ocasiones acompañadas de pseudovesículas y pústulas y que puede venir acompañado también de afectación del estado general. El diagnóstico fundamental podremos obtenerlo a partir de los datos clínicos descritos y los hallazgos de laboratorio compatibles.

P-1472

ALUCINACIONES DE CORTE URGENTE: REPORTE DE UN CASO

M García Aroca (1), M Boksan (2), JE Cabrera Sevilla (3), KP Baldeón Cuenca (4), MJ Conesa Espejo (5), R Armas Zurita (6), AJ Cordovilla Moreno (6)

(1) C.S Los Dolores, (2) C.S Cartagena Casco, (3) Hospital Universitario Santa Lucía, (4) C.S Besaya, (5) C.S Barrio Peral, (6) Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Albacete

Palabras clave: hiponatremia, SIADH, carcinoma microcítico

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Motivo de consulta: Agitación y alucinaciones en paciente psiquiátrico. Enfermedad actual: Aviso domiciliario a mujer de 44 años, deficiente mental límite, que refiere episodio de agitación hace 3 horas, asociado a nerviosismo y alucinaciones de una semana de evolución. No constan alergias medicamentosas, tabaquismo 10 paquetes/año, esquizofrenia indiferenciada vs desorganizada hace 20 años y Carcinoma microcítico de pulmón (estadio IIIA). Tratamiento actual: quetiapina 600mg/día, risperidona 6mg, lorazepam 1mg, biperideno hidrocloreto 4mg, filgrastim 300 mg, Acido zoledrónico mensual. Convive con sus padres. Evolución: Al realizar la exploración neurológica destaca disartria con nistagmus horizontal a la izquierda agotable y disminución de fuerza con alteración de la marcha, por lo que se procede a traslado al Hospital de referencia. La analítica muestra sodio 109mmol/litro, se cursa ingreso a UCI con tratamiento de reposición de suero salino hipertónico junto a perfusión de cloruro potásico y gluconato cálcico más diuréticos, tolvaptan y restricción de volumen. La paciente evoluciona favorablemente con recuperación progresiva del nivel de consciencia alcanzando valores de natremia adecuados. Exploración física: Regular estado general, consciente, desorientada, eupneica, buenas constantes. Auscultación cardiopulmonar, abdomen y miembros anodinos. Pruebas complementarias: ECG normal. Radiografía de tórax infiltrado parahilar derecho e izquierdo con senos costofrénicos libres. Analítica al ingreso urea 7, creatinina 0.23, ALT 17, Sodio 109, Potasio 3.7. Analítica Al alta: Creatinina 0.81, Calcio 9.8, Fósforo 5.9, Sodio 139, Potasio 3.8, Resto en rango. TAC craneal: sin hallazgos de patología aguda. Juicio clínico: Hiponatremia severa secundario a SIADH paraneoplásico por carcinoma microcítico de pulmón IIIA. Diagnóstico diferencial: Brote psicótico. LOE cerebral, ICTUS, AIT.

Conclusiones:

En un paciente psiquiátrico las manifestaciones clínicas exacerbadas en un corto periodo de tiempo no nos deben hacer desistir en profundizar en lo que pudiera ser causa de una patología incipiente/de novo. Destacar la optimización y buena realización de la exploración clínica, clave para alcanzar el diagnóstico certero e instaurar un tratamiento precoz.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1473

NO TODO ES LO QUE PARECE

C Sánchez Pérez (1), M García Aroca (2), MJ Conesa Espejo (1), EM Fernández Cueto (3)

(1) Centro de Salud Barrio Peral, (2) Centro de Salud Los Dolores, (3) Centro de Salud El Algar. Murcia

Palabras clave: cefalea, hipotension intracraneal, ejercicio intenso

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Motivo de consulta: cefalea persistente y vómitos. Enfermedad actual: Paciente de 15 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por cefalea intensa, fotofobia, náuseas e incapacidad a la sedestación por dolor. 4 días antes del ingreso, estuvo jugando un partido de fútbol hacia bastante calor y tomo poca agua, a los 45 minutos sintió una cefalea intensa brusca occipital, dejando de jugar. Llegó a casa se pasó todo el día tumbado estando asintomático pero al moverse comenzó con náuseas y vómitos acuosos. Al día siguiente acudió a urgencias por persistencia del cuadro estuvo en observación hasta el día siguiente y con sospecha de migraña y tratamiento con aines se le dio alta. Al llegar a casa la misma sintomatología con imposibilidad de moverse por la cefalea y los vómitos. Lo más destacable del cuadro es el empeoramiento intenso de la cefalea al incorporarse y los vómitos. Se avisa a Neurología de guardia para valoración y determinación de otras pruebas complementarias quedándose el paciente ingresado a su cargo debido a los resultados de la Punción Lumbar. Tras 8 días de ingreso con hidratación intensa, corticoterapia y cafeína mejoría progresiva del cuadro. Exploración física y pruebas complementarias: No focalidad neurológica. No signos meníngeos. Resto normal. Analítica normal. Punción lumbar: localizados en el espacio dural presenta una presión de apertura de 0mmH₂O, sin poder extraer muestra. RMN: Realce paquimeningeo y del tentorio homogéneo difuso. Juicio clínico: Hipotensión intracraneal en relación a esfuerzo intenso. Diagnóstico diferencial: migraña, cefalea tensional, meningitis.

Conclusiones:

Discusión: La cefalea por hipotensión intracraneal normalmente es secundario a una pérdida de volumen de LCR tras una punción lumbar, traumatismo, anestesia epidural, también puede ser debido a una enfermedad sistémica como la deshidratación o espontánea. Para el diagnóstico es preciso la punción lumbar, aunque por la clínica y los hallazgos de la rmn serían suficientes, el tratamiento es reposo en cama e ingesta de líquidos. En casos refractarios aunque no se observe pérdida de LCR sería preciso la implantación de parches sanguíneos o incluso si esto falla una intervención neuroquirúrgica.

P-1474

SÍNDROME DE LA ARTERIA DE PERCHERON

B Cuartero Cuenca, G Pérez Clavijo, J Rodríguez Mañas, P Omedas Bonafonte, AB Sánchez Puértolas, M Muñoz Pintor, AR Millán Acero

Hospital San Jorge. Huesca

Palabras clave: arteria de Percheron, infarto talámico bilateral, ictus isquémico

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente varón de 35 años, con antecedentes de hepatitis A en la infancia, hipercolesterolemia, fumador de 8-10 cigarrillos al día, AIT en 2010, sin tratamientos habituales y sin RAM. Acude al Servicio de Urgencias porque tras levantarse ha notado visión borrosa con OD y su mujer ha objetivado desviación de la mirada hacia la derecha con el OD, quien además refiere estado estresante del esposo con el trabajo en los últimos días. En la exploración Neurológica: Glasgow 15, cuadrantonopsia superoexterna de OD con desviación de la mirada temporal superior con OD. Resto de la exploración normal. En urgencias se solicita TAC Craneal, Hemograma, Hemostasia, BQ (que incluye CPK) y tóxicos en orina siendo todo normal. Tras la realización del TAC el paciente presenta disminución del nivel de consciencia (Glasgow 9), hipersomnia, bradicardia a 40lpm, realiza apneas, se objetivan mioclonías con ESderecha por lo que se administra 1/2 amp de valium iv. ante la sospecha de crisis parciales, persistiendo desviación de la mirada temporal superior con OD. Dado que el paciente no responde a estímulos se administra anexate sin obtener respuesta. Se solicita colaboración con Neurología y UCI ante las fluctuaciones del nivel de consciencia e indican realizar nuevo TAC Craneal: sin hallazgos, así como EEG: que sugiere sedación profunda y PL: líquido claro, glucosa 65, proteínas 44, LDH 16, no se objetivan células. Ante estos hallazgos (siendo todos normales) se solicita colaboración con Psiquiatría ante la posibilidad de tratarse de un simulador quien indica descartar organicidad. El paciente durante toda su estancia en urgencias presenta fluctuaciones del nivel de consciencia, oscilando desde estado de alerta y colaborador a hipersomnia profunda motivo por el que ingresa en NRL.

Conclusiones:

Durante el ingreso en NRL se realiza nuevo TAC Craneal con permeabilidad de los ejes carotídeos informándose como infarto talámico izquierdo e hipoplasia de la arteria vertebral derecha. Posteriormente se realiza RMN craneal confirmado el diagnóstico: lesión parenquimatosa a nivel de ambos tálamos con hiperseñal en las secuencias de difusión en probable relación con infarto de la arteria en Percheron.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1475

DOCTOR, ¿PUEDE APAGAR LA RADIO?

JA Pérez Matos, M Abanades Tercero, L Cueto Bravo,
P Redondo Galán, MJ Palomo de Los Reyes, J Acosta Roca (2)

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

Palabras clave: ancianos, alucinaciones auditivas, Charles Bonnet

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 79 años sin alergias medicamentosas conocidas, hipertensa, diabética, dislipémica y con antecedente de angina inestable, portadora de audífono por hipoacusia bilateral e intervenida de tumoración en mama y apendicectomía, que acude a urgencias por 'escuchar música molesta', 'gallos cantando' y 'pasodobles' que aumentan en el sueño nocturno, impidiendo el sueño, desde hace tres días. No refiere escuchar voces y hace crítica a todos estos episodios. No se acompaña de otros síntomas perceptivos, ni alteraciones visuales, olfativas ni gustativas. No presenta alteraciones sensitivas ni motoras ni pérdida de consciencia ni movimientos anormales, ni ha presentado momentos de confusión. La exploración física y neurológica fueron anodinas así como el ECG, otoscopia y TC. Con el diagnóstico de Charles-Bonnet variante auditiva fue dada de alta con tratamiento neuroléptico y remitida a consultas para completar estudio con video-EEG, RMN y analítica general (normales) y audiometría (hipoacusia neurosensorial moderada-severa), remitiendo el cuadro tras el tratamiento.

Conclusiones:

El Síndrome de Charles Bonnet se presenta con mayor frecuencia en ancianos. Los individuos presentan disociaciones visuales que producen alucinaciones visuales complejas sin psicopatología y sin trastornos de la conciencia. Se ha descrito un Síndrome de Charles Bonnet Auditivo en pacientes con sordera adquirida. Las alucinaciones auditivas suelen ser musicales (melodías o canciones familiares) y reconocidas como irreales por los pacientes. El comienzo sigue a un daño auditivo, no se acompaña de trastorno de la conciencia ni de la memoria ni del juicio. Las alucinaciones suelen ser vividas y tienen carácter estereotipado, están limitadas al campo auditivo. Al principio despiertan curiosidad y más tarde, al continuar sin tener un control provocan ansiedad. Suelen manifestarse en episodios que duran minutos u horas. El mecanismo fisiopatológico es desconocido. Frecuentemente no es necesario instaurar tratamiento aunque se deber recurrir al uso de fármacos antipsicóticos.

P-1476

A PROPÓSITO DE UN CASO DE PÉRDIDA SÚBITA DE LA VISIÓN

R Gutiérrez Martín, H Lara Duarte, M Sanchidrian Mayo (3),
R López González (1), R Casado Remesal (1), V Prieto Lorenzo

Hospital Virgen de la Concha. Zamora

Palabras clave: pérdida súbita de la visión, neuropatía óptica isquémica anterior, arteritis de las células gigantes

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción: La pérdida súbita de la visión monocular es un síntoma alarmante relacionado frecuentemente con alteraciones vasculares retinianas que puede tener consecuencias importantes. Es por ello, que el manejo y el tratamiento inicial es de suma importancia. Objetivo: Descripción, a propósito de un caso, de pérdida súbita de la visión en un paciente con diagnóstico de sospecha de Arteritis de las células gigantes (ACG). Caso clínico: Paciente hombre de 87 años, ex-fumador desde hace 20 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes personales de Enfermedad de Paget, Síndrome de apnea-hipopnea del sueño e intervenido de Hiperplasia prostática benigna que acude al servicio de Urgencias refiriendo pérdida de la agudeza visual monocular derecha de horas de evolución acompañada de claudicación temporo-mandibular y cefalea con sensibilidad en región temporal bilateral de tres semanas de evolución. A la exploración física, el paciente se encontraba afebril, normotenso, las arterias temporales no latían, duras, indoloras, sin signos inflamatorios. Defecto pupilar aferente en ojo derecho. La agudeza visual en el ojo derecho se limitaba a la percepción del movimiento de la mano a corta distancia (1 metro aproximadamente). El resto de la exploración fue anodina. Valorado por el servicio de Oftalmología realizando fondos-copia apreciando edema de papila y atrofia macular en ojo derecho. Se realiza analítica con hemograma dentro de la normalidad, glucosa 123 mg/dl, creatinina 0.99 mg/dl, proteína C reactiva 47 mg/L, VSG 68 mm/h. Con la sospecha de neuropatía óptica anterior derecha secundaria a ACG se comenzó tratamiento corticoide intravenoso (metilprednisolona 1g) durante tres días. Al finalizar dicho tratamiento, el paciente es valorado por el servicio de Reumatología con mejoría relativa de su sintomatología y descenso de los reactantes de fase aguda. Se continua tratamiento corticoide (Prednisona 60 mg/día) hasta nueva revisión.

Conclusiones:

Frente a un paciente con pérdida súbita de la visión debemos enfocarnos etiológicamente en diagnósticos relacionados con alteraciones vasculares asociados a factores de riesgo cardiovascular y aquellos con alteraciones del nervio óptico como en la ACG, una enfermedad relativamente infrecuente en la población en general que puede tener consecuencias visuales devastadoras. Un tratamiento y pronóstico visual dependerá de la precocidad con que se sospeche.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1477

DIAGNÓSTICO DE INFILTRADOS ALVEOLARES EN URGENCIAS

A Sedano Casas, AB Martínez Motos, L Ramírez Relinque, L Abad López, S Gómez Ramírez

Hospital General de Villarrobledo. Albacete

Palabras clave: lung diseases, interstitial, renal insufficiency, multiple myeloma

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente varón de 75 años, que consulta en urgencias por fiebre y tos de una semana de evolución. ANTECEDENTES PERSONALES: No AMC. Exfumador. HTA. Hiperuricemia. Hipotiroidismo autoinmune. En estudio por nefrología por insuficiencia renal con creatininas en torno a 1.8-2.0. en probable relación a nefroangioesclerosis. Tratamiento habitual: Astudal 10mg/dl, Simvastatina 10mg/de, Alopurinol 300mg/dl, Eutirox 75mcg/día. El paciente acude a urgencias por cuadro de fiebre de hasta 38°C de una semana de evolución que se acompaña de tos y disnea progresiva de moderados esfuerzos. Exploración física: BEG, C y O, Nh y P. TA 127/68, T° 37,5°C FC 106 lpm, SatO2 96% basal. C y C: no adenopatías ni IY. AC: rítmico, soplo sistólico polifocal de predominio en foco aórtico III/VI. AP: MVC sin ruidos acompañantes. ABD: blando y depresible, no doloroso a la palpación, no palpo masas ni visceromegalias. RHA conservados. MMII: no edemas ni signos de TVP. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica de urgencias: gluc 99mg/dl, urea 186 mg/dl, creatinina 6.9 mg/dl, GOT 24 U/l, LDH 234, Na 141 mEq/l, K 5,6 mEq/l, Hb 6.7g/dl, Hto 19.9%, VCM 105, plaquetas 284.000, leucocitos 13.390 (N 10.360, L 2.100). AP 61%, INR 1.41. Rx de Tórax: Infiltrado alveolo intersticial perihilar bilateral. Orina: pH 25, leucocitos negativos, proteínas 75, hematíes 150. EFaNa 3.1 %. El paciente es trasladado a la Unidad de cuidados intensivos con el diagnóstico de sepsis de origen respiratoria iniciándose tratamiento antibiótico empírico. Se realiza fibrobroncoscopia obteniéndose BAL ligeramente hemático, tras lo que se sospecha probable hemorragia alveolar y se inicia tratamiento a altas dosis de corticosteroides. Se inicia estudio de vasculitis con ANCA, antiMG glomerular negativo, proteinograma con banda monoclonal de 0.23 g/dl e inmunofijación sérica monoclonal Kappa. En médula ósea se objetiva un 24% de células plasmáticas de morfología muy atípica. Con diagnóstico final de mieloma múltiple de cadenas ligeras Kappa, estadio IB, IPSS 3 se inicia tratamiento con hemodiálisis y Bortezomib.

Conclusiones:

El mieloma múltiple es una proliferación neoplásica de células plasmáticas donde destacan las alteraciones hematológicas, óseas y renales, con aparición de insuficiencia renal. No hemos encontrado en la literatura afectación pulmonar en forma de hemorragia alveolar.

P-1478

OTRAS CAUSAS DE DOLOR EN FOSA ILÍACA DERECHA: APENDAGITIS

J Oliva Ramos, P Royuela Ruiz, M Villacorta Martín, M Álvarez Rabanal, S Sánchez Ramón, R Castellanos Flórez, J Moche Loeri

Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Valladolid

Palabras clave: abdominalgia, inflamación, leucocitosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción: La abdominalgia es uno de los motivos más frecuentes de atención en los Servicios de Urgencias. La etiología del dolor abdominal es múltiple y constituye la manifestación de diferentes entidades con distinta gravedad y tratamiento. Objetivo: Se presenta el caso de una mujer joven de 24 años que presenta dolor en fosa ilíaca derecha (FID) de varias horas de evolución, sugestivo inicialmente de apendicitis. Material y método: Mujer de 24 años de edad, alérgica a Penicilinas y Dogmatil®. No refiere intervenciones quirúrgicas ni tratamientos crónicos. La paciente presenta dolor en FID de varias horas de evolución, muy intenso. Se acompaña de náuseas y algún vómito sin productos patológicos. Afebril en todo momento. No describe alteraciones del ritmo intestinal ni ha presentado episodios previos similares. A la exploración física (EF) presenta dolor intenso en FID con Blumberg positivo. No se palpan masas ni megalias. Puño-percusión bilateral negativa. Resto de la EF sin anomalías. Resultados: Ante la sospecha de apendicitis se solicitan estudios de laboratorio (hemograma, bioquímica, coagulación y sedimento urinario) y de imagen (ecografía abdominal). En el hemograma se objetiva una leucocitosis (18.700) sin neutrofilia, con resto de las series sin alteraciones. La coagulación tampoco es patológica. La bioquímica que incluye estudio hepático y pancreático registra valores dentro de la normalidad con PCR = 2. El sedimento urinario sin alteraciones. La ecografía muestra ganglios de aspecto reactivo en FID y una mínima lengüeta de líquido libre entre asas, sin llegar a visualizarse el apéndice. Se decide completar el estudio con TAC abdominal en el que se objetiva aumento de densidad adyacente a la pared externa del ciego de aproximadamente 2 cm compatible con inflamación del apéndice epiploico. Resto de la exploración sin alteraciones significativas.

Conclusiones:

La apendagitis epiploica es una entidad autolimitada, caracterizada por la presencia de inflamación secundaria a torsión o trombosis en la vena de drenaje de los apéndices epiploicos. El diagnóstico diferencial se realiza con la apendicitis y diverticulitis. El tratamiento es conservador, con reposo y antiinflamatorios. No precisa cirugía ni tratamiento antibiótico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1479

SÍNDROME DRESS... ¿CUÁNDO SOSPECHARLO?

Z Salmón González, C Salas Pelayo, E Cobo García, A Córdoba Alonso, M Lisa Gracia, C Marcote Ibáñez, S Neila Calvo

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras clave: DRESS, exantema, eosinofilia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

El Síndrome DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms, por sus siglas en inglés) es una reacción tardía, grave y potencialmente mortal caracterizada por la presencia de erupción cutánea, alteraciones hematológicas (eosinofilia y linfocitos atípicos) adenopatías y afectación órganos internos (hepático, renal o pulmonar). Generalmente aparece entre la segunda y octava semana tras exposición al fármaco. La incidencia estimada es de 1 a 5 casos por cada 10.000 pacientes y suele estar relacionado con la ingesta de antiepilépticos, vancomicina, alopurinol así como con la reactivación de infecciones por virus herpes. Mujer de 40 años sin antecedentes personales de interés, acudió a urgencias por un cuadro de 24 horas de evolución consistente en exantema maculo-papuloso confluyente pruriginoso que afectaba a cara, tronco y extremidades, acompañado de fiebre de hasta 40°C y molestias abdominales difusas. Como antecedentes de interés, fue diagnosticada 3 semanas antes de tuberculosis pulmonar, iniciando tratamiento en ese momento con 4 fármacos además de Alopurinol, con buena tolerancia inicial. En el hemograma inicial, presentaba 11.500 leucocitos (5000 neutrófilos y 1500 eosinófilos) y alteración de las pruebas de función hepática (ALT 178 U/L, AST 254 U/L, Gamma-GT 567 U/L, Fosfatasa alcalina 207 U/L, Bilirrubina total 0.6 mg/dL, LDH 536 U/L) con el resto de parámetros dentro de los límites de la normalidad. Se realizó una ecografía abdominal sin hallazgos relevantes. Ante la sospecha de reacción alérgica medicamentosa, se decide ingreso en el servicio de M. Interna para completar estudio y tratamiento.

Conclusiones:

Aunque es una complicación poco frecuente, el síndrome DRESS es una complicación grave y potencialmente mortal, por lo que tendremos que sospecharlo ante un paciente que tras iniciar un nuevo tratamiento acude con exantema, fiebre y alteraciones analíticas. Para su diagnóstico, es necesario la presencia de al menos tres de los criterios. Por otro lado, el tratamiento consiste en la suspensión del fármaco sospecho, inicio de corticoterapia a dosis altas y medidas de soporte.

P-1480

DEMASIADO METAMIZOL PARA UN CUADRO DE CEFALEA

M Rodríguez Ordóñez (1), MI Luna Valero (2), MC Morales del Águila (3)

(1) Hospital Virgen de la Victoria en Málaga, (2) Coin, (3) Delicias. Málaga

Palabras clave: cuadro de cefalea, metamizol, neutropenia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 84 años sin alergias medicamentosas conocidas. Esclerosis múltiple intervenida de apendicectomía. En tratamiento con paracetamol, metamizol, paroxetina, diazepam. Natural de Escocia. Acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal en hipogástrico y en fosa iliaca izquierda, sin afectación del tránsito gastrointestinal de una semana de evolución asociando sensación distérmica no termometrada. No náuseas no vómitos. También refiere cefalea continua desde hace dos meses que tras descartar síntomas de alarma, inició tratamiento con metamizol y paracetamol. Exploración física y Pruebas complementarias: Buen estado general. Bien hidratada y perfundida. Colaboradora y orientada. TA: 122/55 mmHg. FC: 74 lpm. Eupneica en reposo. Afebril Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando, depresible, sin masas ni megalias, defensa abdominal en hipogastrio y fosa iliaca izquierda, timpanismo marcado con ruidos hidroaéreos conservados. Puño percusión bilateral: negativa. Extremidades: sin edemas. Análisis sanguíneo: Hb 12.3, Leucocitos 0.8 (Neutrófilos: 0, Linfocitos: 0.7, Monocitos: 0.1), plaquetas 181, coagulación sin alteraciones, glucosa: 96, urea 32, Creatinina 0.5, Na 135, K 3.9, amilasa 37, LDH 224, GOT 30, Bilirrubina 0.6, albumina 3, PCR 182, PCT <0.05. Sistemático de Orina: proteínas: 25, leucocitos: 25, hematíes 25, nitritos: positivo. Electrocardiograma: RS a 65 lpm. Eje normal. Radiografía de tórax: sin hallazgos patológicos. Radiografía de abdomen: lateralización del contenido aéreo del marco cólico hacia la izquierda. TC Abdomen con contraste: Patrón pulmonar intersticial difuso en cortes incluidos de las bases pulmonares. No se observan colecciones intraabdominales. Biopsia de médula ósea: no compatible con enfermedad hematológica primaria. Juicio clínico: neutropenia secundaria al consumo de metamizol. Diagnóstico diferencial: infecciones virales o bacterianas, neoplasia de médula ósea, toxicidad por fármacos. Evolución: Monitorización y evolución en observación. Se ingresa al paciente a cargo de hematología para estudio.

Conclusiones:

En nuestro medio la agranulocitosis por metamizol es un efecto adverso más frecuente en los extranjeros, especialmente entre los británicos. La potencial gravedad, la posibilidad de utilizar otras alternativas y el amplio uso que se hace de este fármaco obligan a hacer esfuerzos de difusión entre los médicos y los farmacéuticos para que conozcan este potencial efecto adverso y para evitar su uso en estas poblaciones.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1481

GRAN CORAZÓN

M García Galan (1), JA Sanantón López (1), Z Serrano Soler (1), S Giménez Brisach (1), MJ Mulet Pons (2), A Roselló Serralta (3)

(1) Hospital Marina Salud, Denia, (2) Centro de Salud Jávea, (3) Hospital Francesc de Borja, Gandia. Valencia

Palabras clave: cardiomegaly, pericardial effusion, pericardiocentesis

Ámbito del caso:
Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción: El pericardio es una membrana serosa, que se puede afectar por una serie de agentes, produciéndose una reacción de éste en forma de síntomas inflamatorios, producción de líquido en el saco pericárdico o reacción fibrosa-retráctil. Se entiende por derrame pericárdico a la presencia de una cantidad de líquido mayor a lo habitual en el espacio pericárdico, el cual eleva la presión intrapericárdica. La magnitud de esta elevación depende de la cantidad absoluta del líquido, de la rapidez con la que se acumula y de las características físicas del pericardio, siendo en ocasiones clínicamente silente. **Objetivo:** Llegar al diagnóstico etiológico de una cardiomegalia, como hallazgo accidental en una radiografía de tórax, en un paciente joven sin antecedentes de interés. **Material y métodos:** Paciente varón de 19 años que acude a urgencias por dolor costal derecho de características pleuríticas, que aumenta con la respiración y los movimientos, asociado a fatiga a moderados esfuerzos de 5 días de evolución. Refiere cuadro catarral 2 semanas previas, estudiado por su médico de atención primaria, objetivándose virus de Epstein Barr (VEB) IgM indeterminado y IgG positivo en analítica sanguínea. Como único antecedente de interés, anemia con rasgos talasémicos e intervenido de torsión testicular en la adolescencia. En la exploración física, eupneico en reposo con buena tolerancia al decúbito, donde únicamente destaca hepatomegalia no dolorosa. Resto de la exploración anodina. **Diagnóstico diferencial:** infecciones (víricas, bacteriana, fúngica), cardíacas (post-IAM), autoinmunes, metabólicas (uremia), neoplásicas, traumáticas (iatrogénicas), fármacos, radiaciones o idiopáticas. **Resultados:** Pruebas complementarias: electrocardiograma, radiografía de tórax (cardiomegalia), analítica sanguínea con serología y autoinmunidad, ecocardiografía con pericardiocentesis diagnóstica y evacuadora (derrame pericárdico >20mm con colapso de aurícula izquierda sin taponamiento cardíaco), cultivo y citología del líquido pericárdico y ecografía abdomino-pélvica.

Conclusiones:

Se trata de una patología, en la cual para llegar a su diagnóstico etiológico, primeramente habría que establecer la presencia de derrame y su repercusión hemodinámica, por lo que la prueba diagnóstica de elección es la ecocardiografía, la cual nos permite tanto descartar la existencia de taponamiento cardíaco como la realización de pericardiocentesis tanto diagnóstica como evacuadora.

P-1482

CEFALEA E HIPERTENSIÓN, ¿ALGO MÁS?

MJ Jurado Mancheño, MA Fandiño Márquez, AM Aragón Merino, M Turégano Yedro, A Soto Ruan, M Gil Castuera

Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres

Palabras clave: hypertension, headache, brain ischemia

Ámbito del caso:
Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN. El control de los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) no suelen ser un objetivo de tratamiento en los Servicios de Urgencias Hospitalario (SUH) pero si las consecuencias de sus desórdenes. Recordar que las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo, según datos de la OMS. **OBJETIVO.** Exponemos como caso clínico a una paciente que acude a nuestro SUH, tras haber sido tratada sintomáticamente en días previos, por presentar cefalea con respuesta parcial a analgésicos, acompañado de cifras tensionales altas, con el fin de resaltar la importancia del control de FRCV y del reconocimiento de los signos de alarma en cefaleas. **MÉTODO.** Mujer de 47 años con antecedentes personales de HTA, fumadora con IPA de 30 y migraña oftálmica que acude por cefalea de días de evolución, frontal, no pulsátil, la mayor de su vida, irradiada hacia órbita izquierda, acompañada de fotofobia y parestesias en miembro superior izquierdo, vómitos alimenticios y cifras tensionales altas (165/112 mmHg). La exploración general y neurológica resultó anodina con un Glasgow de 15/15, sin signos de focalidad, ni alteración motora y disminución de sensibilidad en cara posteroexterna de antebrazo izquierdo. **RESULTADOS.** Analítica normal salvo cifras de creatinina de 1,75mg/dl. EKG y radiografía de tórax normales. TAC craneal con hipodensidad corticosubcortical en localización frontal izquierda y temporoparietal derecha, sugerentes de lesiones isquémicas establecidas. Ingresó en Neurología con juicio clínico de lesiones isquémicas corticales bilaterales, cefalea y parestesias transitorias de origen vascular e insuficiencia renal a filiar. Se le realizó estudio neurosonológico con estenosis de arteria cerebral media (ACM) izquierda al 50% y de ACM derecha de 30-50% y angiografía sin alteraciones. Al alta se le reajustó tratamiento para los FRCV, se recomendó el abandono del hábito tabáquico y se remitió a consultas de nefrología.

Conclusiones:

Acorde con nuestro caso clínico cabe resaltar la importancia del control de los FRCV en la prevención de ECV. Otro de los aspectos a destacar es el reconocimiento de los signos de alarma que sugieren cefaleas secundarias, como en nuestra paciente que sobre una migraña crónica se produjo un empeoramiento de la intensidad acompañado de parestesias en miembros, sin mejoría a tratamiento analgésico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1483

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ POR VACUNA CONTRA LA INFLUENZA

AN Romero García (1), A Arias Rosario (1), VM Báez Pimentel (2), RC Chávez Flores (3), S Ondicol Rodríguez (1), NI Contreras Mercado (4)

(1) Centro de Salud Condesa, (2) Centro de Salud San Andrés del Rabanedo, (3) Centro de Salud Eras de Renueva, (4) Centro de Salud Trabajo del Camino. León

Palabras clave: Guillain-Barré syndrome, influenza vaccines/adverse effects, muscle weakness

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 74 años, hipertensa, síndrome depresivo. Tratamiento con Omeprazol, Escitalopram, Enalapril. Previamente a la aparición de síntomas la paciente fue vacunada en atención primaria contra la Influenza, semanas después comienza con pérdida progresiva de fuerza en miembros inferiores y parestesias en manos. Valorada en urgencias descartan patología, y citan en consulta externa pero al continuar empeorando y presentar varias caídas reaccude a urgencias e ingresa. Al examen físico constantes vitales dentro de la normalidad. Neurológico: Cociente, Fuerza proximal en miembros inferiores 4/5. Arreflexia generalizada. Sensibilidad de difícil exploración. Marcha con gran dificultad y aumento de base, precisa ayuda. No realiza puntillas, talones ni tandem. Analítica: Hemograma y coagulación normal. VSG 2. Perfil bioquímico normal. PCR 3. Cuantificación de inmunoglobulinas normales. Niveles de Ac Fólico y B12 normales. C3 y C4 Normales. TSH Normal. ANCA, ANA, anti DNA negativos. Proteinograma normal. Serología de Lues y Borrelia negativas. LCR: Glucosa 58 (Glucemia 99), leucos < 1, Hematies < 1, Proteínas totales 52. ECG: Ritmo sinusal. TC CRANEO: Normal. Estudio electrofisiológico: Datos compatibles con poliradiculoneuropatía desmielinizante de predominio motor, de intensidad moderada-severa, con signos incipientes de denervación aguda. Se diagnostica Síndrome de Guillain Barré (SGB). Durante el ingreso recibe tratamiento con inmunoglobulinas por cinco días, bien tolerado, desde el punto de vista neurológico se estabiliza con mejoría de la clínica. Posterior al alta realizó rehabilitación con recuperación completa los meses posteriores.

Conclusiones:

El SGB es una enfermedad aguda autoinmune de los nervios periféricos caracterizada por debilidad muscular y pérdida de reflejos, la incidencia es mayor en hombres y aumenta con la edad, está relacionada con antecedente de infección gastrointestinal y respiratoria, incluyendo la influenza. Aunque la causa exacta es desconocida, se piensa que sea desencadenado por estimulación antigénica resultando en la desmielinización y daño de los nervios periféricos. La vacunación puede estimular el desarrollo de anticuerpos o células T por los epítopos de la vacuna que podrían causar una reacción cruzada con los epítopos de la mielina o las glicoproteínas axonales. En el caso de la paciente el único factor de riesgo encontrado para el desarrollo del SGB fue la vacunación semanas antes del desarrollo del cuadro.

P-1484

MIGRAÑA HEMIPLÉJICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

A García-Lago Sierra, E Crespo Hualde, R González Peredo, I Incera Alvear, L Campos Caubet, F Fernández Díaz

Hospital Sierrallana. Tres Mares. Torrelavega, Cantabria

Palabras clave: migraña, parálisis facial, parestesias

Historia clínica:

Mujer de 26 años ingresada en noviembre de 2015 por sospecha de patología desmielinizante cuya clínica consistió en parálisis facial periférica izquierda, parestesias y debilidad en extremidad inferior izquierda que fue tratada con bolos de corticoides, realizándose TAC, RMN, punción lumbar y serología sin hallazgos de interés, remitiendo el cuadro clínico. En seguimiento por servicio de neurología. En marzo 2016 cuadro de 12 horas de evolución de cefalea hemisférica izquierda intensa, que a las 6 horas se acompaña de desviación de la comisura labial a la derecha, parestesias en hemicara derecha, imposibilidad cierra ojo izquierdo y parestesias y debilidad de la extremidad inferior izquierda. La cefalea mejora parcialmente con aines. Analítica y TAC craneal sin hallazgos.

Conclusiones:

La migraña hemipléjica (MH) es una variedad rara de migraña con aura motora (migraña acompañada de una debilidad motora transitoria). Los antecedentes familiares permiten distinguir los casos de migraña hemipléjica familiar (MHF) que tienen al menos un pariente de primer o de segundo grado con las mismas crisis, y los casos de migraña hemipléjica esporádica (MHE) que no tienen ningún pariente afectado. Las crisis típicas de MH comportan un déficit motor asociado siempre a al menos otro signo del aura, los más frecuentes son los trastornos sensitivos, visuales y del lenguaje. Los síntomas llamados basales también son frecuentes: vértigo, inestabilidad, acúfenos. Pueden aparecer crisis graves de MH tanto en la MHF como en la MHE y comportan un déficit motor prolongado, confusión o coma, fiebre y crisis comiciales. Entre dos crisis de MH, el 80-90% de los pacientes son asintomáticos. En el 10-20% de los casos, el cuadro clínico puede incluir signos cerebelosos permanentes (nistagmo, ataxia, disartria) y, con menos frecuencia, una epilepsia y un déficit intelectual. Se ha postulado que la cefalea se produce por una excesiva vasodilatación de los vasos extracraneales y dúrales y que previo a ello se produce una isquemia transitoria debido a una vasoconstricción de los vasos intracraneales en el territorio vertebro basilar, esto sería el responsable de los síntomas que se producen en la fase de aura.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1485

A PROPÓSITO DE UNA MASA

R Barrós González, N León Miranda, JM Parra Ramírez

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

Palabras clave: linfoma D008223, ganglios linfáticos D008198, trastornos linfoproliferativos D008232

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 25 años deportista habitual levantando pesas, sin antecedentes de interés. Acude a Urgencias por bultoma cervical derecho de 1 mes de evolución progresiva, doloroso en la última semana sin otras adenopatías palpables, afebril en tratamiento con amoxicilina clavulánico sin mejoría. Presenta un bultoma de 3x3cm aproximadamente de consistencia dura que parece depender de esternocleidomastoideo, sin hematoma superficial, aumento de dolor con la flexoextensión y rotación contralateral del cuello y a la palpación, faringe y resto de exploración normales. La exploración física resulta compatible con hematoma por microrrotura fibrilar esternocleidomastoideo. La analítica de sangre extraída en Urgencias presenta 10.260 leucocitos y PCR de 44.60 mg/L, sin alteraciones en serie blanca ni otros hallazgos significativos. Se encontraba pendiente de ecografía y consulta de otorrinolaringología, desde donde solicitan TAC cervical y laríngeo con alta sospecha radiológica de síndrome linfoproliferativo con afectación supradiagráfica cervical y mediastínica presentando la mayoría de las adenopatías un centro hipoatenuante sugestivo de necrosis tumoral. Se realiza PAAG de la adenopatía supraclavicular derecha, de 17mm, con diagnóstico anatomopatológico de Linfoma de Hodgkin clásico. Se realiza estudio completo resultando Linfoma de Hodgkin E.II con masa mediastínica bulky. Se inicia quimioterapia con esquema ABVD recibiendo 4 ciclos con dosis individualizada por aumento de transaminasas, sin otras incidencias y posteriormente recibe radioterapia en mediastino y cadenas ganglionares laterocervicales bilaterales. La médula ósea no ha presentado evidencia citológica de infiltración linfomatosa.

Conclusiones:

Ante la aparición de bultomas en región cervical es muy importante realizar un diagnóstico diferencial completo, estando obligados a descartar patología tumoral. Las masas cervicales pueden ser congénitas, inflamatorias o neoplásicas. Las adenopatías inflamatorias pueden ser secundarias a infecciones bacterianas o víricas como Streptococcus B, CMV, VIH, enfermedad de arañazo de gato, micobacterias (tuberculosis), parásitos como toxoplasmosis, sarcoidosis o Kawasaki. Las adenopatías neoplásicas pueden ser secundarias a carcinoma de cabeza o cuello metastásico, masas tiroideas, neoplasias de glándulas salivares, paragangliomas o Shwanommas. Las adenopatías de origen inflamatorio suelen ser aisladas, asimétricas, eritematosas, móviles y de consistencia elástica mientras el origen tumoral suele describirse como inmóviles y de consistencia dura. La localización cervical anterior y sobre todo a nivel yugulo-digástrico suele corresponder en adultos a patología maligna.

P-1486

DOLOR TORÁCICO Y GERMINOMA MADIESTÍNICO

LSA Sánchez Amo, L Hernández Castells, M Quero Escalada,

M Fuentes Bermejo, MJ Domínguez García

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

Palabras clave: tumores mediastínicos, germinoma, tumores germinales

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 21 años, antecedentes de microcefalia, micrognatia, CIA, pliegue palmar incompleto, cirugía de duplicación intestinal. Acude a urgencias en tres ocasiones por dolor en hemicostado izquierdo, área interescapular y columna dorsal, sin respuesta al tratamiento analgésico. EF: Palidez cutánea e hipoforesis basal izquierda. Rx tórax: Masa mediastínica izquierda que condiciona desviación de línea media hacia la derecha, se asocia a colapso de lll y derrame pleural ipsilateral. BQ: PCR: 13,51mg/dl, Beta hCG total: 176UI/L. TAC toracoabdominal con contraste: Gran masa mediastínica anterior izquierda de 13,3x12,5cm, muy heterogénea, extensas áreas de necrosis y signos de agresividad, parece invadir la pleura mediastínica y el pericardio. Desplaza el mediastino en su conjunto hacia la derecha y dentro del mediastino desplaza y oblitera los grandes vasos, sobre todo tronco principal y arteria pulmonar izquierda. Nódulos pulmonares derechos indeterminados. Posibilidades diagnósticas tumor germinal, carcinoma tímico y LNH. En planta: AFP: 5620 ng/mL, Beta.hCG: 192, LDH: 644 U/L Toracocentesis: Líquido hemorrágico, AFP: 4343, CEA: 115, HCG: 140, AP: negativa para células malignas, derrame de predominio linfocitario. Biopsia con aguja gruesa: TUMOR DEL SACO VITELINO. Comienza tratamiento con quimioterapia.

Conclusiones:

Los tumores germinales extragonadales (TGE) constituyen el 2-5% de los tumores de células germinales, suelen originarse en estructuras de la línea media, sobre todo en retroperitoneo y mediastino, siendo éstos los más frecuentes, apareciendo como grandes masas en mediastino anterior. El diagnóstico diferencial es con otras masas del mediastino anterior como timoma, linfoma, carcinoma, adenoma paratiroides, bocio intratorácico, lipoma, linfangioma y aneurisma aórtico. La TAC es la técnica más sensible, la mediastinotomía anterior o la mediastinoscopia dan en muchos casos el diagnóstico definitivo. Hay tres grupos: Teratomas, seminomas y no seminomatosos. Los no seminomatosos generalmente son sintomáticos y malignos, afectan a varones jóvenes y pueden estar asociados a neoplasias hematológicas, un 20% tienen Sd. de Klinefelter. Al diagnóstico el 85% presentan dolor torácico, hemoptisis, tos, fiebre o pérdida de peso. Algunos producen Beta-hCG y ginecomastia. Son grandes, irregulares, con áreas de necrosis central, hemorragia o quistes. Los niveles de AFP y Beta-hCG sirven para diagnóstico y evolución. Tratamiento de elección quimioterapia. Si existe tumor residual puede realizarse resección quirúrgica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1487

CAUSA NO FRECUENTE DE OPACIDAD INTESTINAL

MC García Caceres, S Díaz Herranz, MI Cambero Flores,
R Peinado Clemens, C Botello García

Hospital Infanta Cristina. Badajoz

Palabras clave: carbonato de lantano, dolor abdominal, opacidad intestinal

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Mujer de 50 años con antecedente de fracaso renal de origen isquémico, por trombosis de arterias renales en diálisis. Acude al servicio de urgencias por dolor abdominal, intermitente, de meses de evolución, difuso, sin otra clínica acompañante. Al realizarle una radiografía simple de abdomen, se observa un aspecto radiopaco similar al que aparece tras el uso de contrastes, pero la paciente niega realización de técnica diagnóstica previa. Este hallazgo nos llevó a revisar otras posibles causas de esa imagen intestinal, encontrando que la causa estaba en el uso de carbonato de lantano.

Conclusiones:

El carbonato de lantano es un quelante de fósforo libre de calcio y aluminio de reciente introducción, utilizado en el tratamiento de la hiperfosfatemia secundaria a insuficiencia renal crónica. Los efectos secundarios más frecuentes son gastrointestinales en forma de dolor abdominal inespecífico, náuseas y diarrea. El lantano puede producir una imagen radiográfica similar a la del contraste radiopaco. Dado su creciente uso en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica, y aunque se desconocen las características que pueden identificar a los pacientes susceptibles de presentar depósitos, se debe tener presente la posible aparición de molestias abdominales y de dichas imágenes en las pruebas radiológicas de estos pacientes.

P-1488

OMALGIA LEUCOCITARIA

G Pous Benito, B Tejedo Lacasa, S Sendra Esteve, S López López,
A Macián Cerdá

Hospital de La Ribera. Valencia

Palabras clave: dolor de hombro, leucocitosis, vesícula biliar

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 89 años que acude al Servicio de Urgencias del Hospital por deterioro del estado general, omalgia derecha sin antecedente traumático y dolor abdominal en hipocondrio derecho de días de evolución, cada vez más intenso. Hace unos días acudió a Urgencias del Centro de Salud por dicho dolor, diagnosticándose de cólico biliar. No ha presentado fiebre, tampoco alteraciones de la diuresis ni de la defecación. Ingesta alimentaria normal, sin náuseas ni vómitos. Antecedentes personales: No RAM Hipertensión arterial Hipercolesterolemia Hiperuricemia Insuficiencia renal crónica Lumbartrosis severa. Escoliosis degenerativa. A la exploración, la paciente se encuentra afebril y con constantes mantenidas. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos patológicos. Abdomen blando y depresible con dolor a la palpación en hipocondrio derecho. Maniobras de descompresión negativas. Sin peritonismo. Sin focalidad neurológica ni edemas en miembros inferiores. A la exploración del hombro derecho, movilidad pasiva y activa conservadas, no se observan signos de tumefacción ni la paciente presenta dolor a la presión sobre estructuras óseas. Se realiza analítica de sangre donde destaca: Creatinina 2.78 mg/dL, Urea 153 mg/dL, Hemoglobina 10 g/dL, Leucocitos de $18.7 \times 10^9/L$ con desviación izquierda, GGT 589 U/L, resto de transaminasas y bilirrubina normales. Rx abdomen: signos de aireación intestinal. Rx tórax y hombro sin hallazgos patológicos. Ante resultados analíticos y clínica de dolor abdominal en la parte superior de hipocondrio derecho, se decide realizar ecografía abdominal. En ella se muestra una colección en fosa vesicular, heterogénea, con imágenes ecogénicas en su interior sugestivo de perforación vesicular con colección adyacente. Se completa el estudio con TAC sin contraste debido a la insuficiencia renal de la paciente y el bajo filtrado glomerular. Se confirma la perforación vesicular. Se indica intervención quirúrgica urgente con colecistectomía abierta.

Conclusiones:

La patología de vesícula biliar presenta característicamente dolor en hipocondrio derecho pero en numerosas ocasiones, dicho dolor puede irradiar a espalda y hombro derecho. Como conclusión, no olvidemos los dolores referidos típicos y característicos de determinadas patologías, que muchas veces pueden ayudar en el diagnóstico final. En este caso hubiese sido un error obviar la omalgia o relacionarla con la artrosis de la paciente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1489

ANSELMO: ¡TRATA DE ARRANCARLO, POR DIOS!

S Sánchez Menéndez (1), S Moreno García (1), P González-Quirós Fernández (2), Y García González (1), IE Ferrero Fernández (2), Z Vázquez Álvarez (1)

(1) Hospital del Oriente de Asturias, (2) Hospital Valle del Nalón. Gijón, Asturias

Palabras clave: síndrome de Guillain-Barré, parestesia, hipoestesia

Ámbito del caso:

nada

Historia clínica:

Antecedentes: Varón de 59 años. No alergias médicas conocidas. Vida activa. Fumador ocasional. No bebedor. No otros hábitos tóxicos. Infarto en padre y hermanos. Hipertensión arterial. No Diabetes ni dislipemias. Enfermedad actual: Paciente remitido por su médico de Atención Primaria a Urgencias de Hospital Comarcal por parestesias en manos y pies, con pérdida de fuerza para movimientos finos (no puede abrocharse botones, necesita las 2 manos para arrancar el coche...) en los últimos 3 días. Resultados. Exploración: Afebril, TA: 177/94, Sat: 98%, FC: 86. Buen relleno capilar. Auscultación cardiaca: ruidos cardiacos rítmicos, Auscultación pulmonar: buena ventilación bilateral. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, peristaltismo conservado, no signos de irritación peritoneal. Neurológica: Glasgow 15, Pupilas isocóricas normorreactivas, pares craneales conservados, habla y lenguaje normales, vías largas motoras normales, hipoestesia en guante y calcetín, reflejos osteotendinosos abolidos, maniobras cerebelosas normales, reflejo cutáneo plantar flexor bilateral, marcha normal. Pruebas complementarias: Hemograma: Hematíes: 5190000, Hemoglobina: 15.6, Hematocrito 45.2%, Plaquetas 266000, Leucos 9960. Bioquímica (BQ): Glucosa: 189, Urea: 43, Creatinina: 0.74, proteína C reactiva: 1.33 - Coagulación: Tasa 94% - Serologías: Sífilis: -, Herpes simplex IgM: -, IgG: +, Citomegalovirus IgM: -, IgG: +, Epstein Bar IgM: -, IgG: +, Borrelia burgdorferi: -, Varicella zoster IgG: + - BQ líquido cefalorraquídeo: Glucosa: 79, Proteínas: 114, Hematíes: 10, Leucos: 2. Aspecto normal - Estudio neurofisiológico: compatibles con polineuropatía con afectación proximal y distal, de instauración aguda, de características desmielinizantes, sensitivo-motora, con claro predominio sensitivo y mayor afectación de extremidades inferiores. Diagnóstico. Síndrome de Guillain-Barré variante sensitiva con Ac antiGD1B. Evolución: Se traslada a hospital de tercer nivel para ingreso en Servicio de Neurología. Mejoría progresiva, aunque permanecen parestesias residuales en manos y pies, sin clínica motora, por lo que es alta a domicilio tras 6 días de ingreso hospitalario.

Conclusiones:

La importancia de una buena exploración neurológica fue clave para establecer el diagnóstico de este paciente e instaurar tratamiento oportuno para intentar frenar la progresión de la enfermedad.

P-1490

CEFALEA Y SÍNDROME DE HORNER

E Sáez Barrasa, B Cáceres Murillo, S García Santisteban, V Álvarez Fernández, I de la Cruz Couto, A Cid Fernández

Hospital Universitario de Álava

Palabras clave: síndrome de Horner, disección de arteria carótida interna, trastornos de la visión

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón, 41 años con antecedentes de Síndrome (Sd) Gilbert, Sd ansioso-depresivo, cervicalgia postraumática. Acude a urgencias por dolor hemicraneal izquierdo, ptosis palpebral y dolor ocular con cervicalgia de 45 días de evolución, visión borrosa izquierda desde hace 24 horas, en seguimiento por médico de atención primaria y tratado con azitromicina y nolotil. Dolor continuo e intenso que mejora levemente con analgesia. Cierta mejoría tras toma de prednisona 30mg. Afebril. Exploración física: Tensión arterial 116/70 Frecuencia cardiaca 73lpm, afebril. Bien nutrido e hidratado, normocoloreado. Eupneica en reposo. Neurológicamente consciente y orientado. Glasgow 15/15. Anisocoria con miosis izquierda. Ptosis izquierda. Reflejo corneal preservado. MOE normal. No hipoestesis ni paresias faciales. No alteración campimétrica. Fondo de ojo normal. No dismetrías. Marcha normal. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen anodino. Pruebas complementarias: Bioquímica, hemograma y coagulación normal. TACCerebral sin contraste ni hallazgos. Se comenta el caso con neurología y decidimos ingreso para estudio con diagnóstico de visión borrosa unilateral y síndrome de Horner. Diagnósticos diferenciales: accidente cerebrovascular, esclerosis múltiple, lesión de arterias carotídeas, lesión plexo braquial, migrañas, proceso infeccioso-inflamatorio, tumor cerebral, desprendimiento de retina. Posteriormente se realiza RNM craneal sin hallazgos y AngioRNM de troncos supra-aórticos con hallazgos de disección carotídea aguda con hematoma intramural con moderada estenosis de la luz de la carotídea interna izquierda. Durante el ingreso el paciente permanece estable con cefalea que cede con analgesia y se pauta ácido acetilsalicílico por la larga evolución de la patología. Diagnóstico al alta: síndrome de Horner en relación con disección carotídea izquierda.

Conclusiones:

La disección de carótida interna extracranial es una patología poco frecuente y de difícil diagnóstico. Es un proceso de desgarro de la pared de la arteria permitiendo la entrada de sangre entre las capas de la pared. La clínica más frecuente es la cefalea y la cervicalgia. Para diagnosticar esta patología es necesario un alto índice de sospecha y la confirmación se puede obtener mediante angio-RNM. Su tratamiento es la antiagregación versus anticoagulación, aunque no hay estudio que aporten beneficios y el pronóstico suele ser bueno.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1491

LA EXTRAÑA MIRADA

M Pons Claramonte (1), E Cañada Cámara (1), N Martínez Navarro (1), C Cerezo Espinosa (2), S Nieto Caballero (3), M Rodríguez Alonso (1), J Alemany Salanova (1)

(1) Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena, (2) Enfermera REA. Hospital de La Vega, (3) Médico O61 Región de Murcia

Palabras clave: aneurisma intracraneal, cocaína, hipertensión

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Aviso: Mujer 43 años inconsciente en domicilio Debut: cefalea brusca irradiada a cuello y pérdida de conciencia (según acompañantes). Intubación Oro-traqueal (IOT) por GCS 3 puntos y traslado a hospital para pruebas complementarias. EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Inconsciente, GCS:3, pupilas anisocoria I>D. ACP: normal. Rigidez de nuca++, SatO₂: 98%, FC: 182 lpm, TA: 135/70 mmHg. ECG: RS a 182 lpm. TTO INICIA: Fentanest, Etomidato y rocuronio para IOT. Tras sedación FC: 70 lpm y TA 97/60 mmHg. ANALÍTICA: Troponinas: 711 ng/ml. Tóxicos orina: cocaína+ TAC CRANEAL: gran hemorragia tetra-ventricular, Hidrocefalia HSA en cisura de Silvio y polígono Willis, efecto masa. ANGIO-TAC: aneurisma gigante (2cm) con cuello de 4,7mm en la AC común izquierda supraclinoidea. INGRESO EN UCI: Tras drenaje y con medidas de 1º nivel mantiene PIC<20mmHg y PPC (Presión Perfusion cerebral) > 60mmHg. Persisten cifras PIC > 20mmHg, varias crisis HTEC+midriasis bilateral arreactiva y ecodoppler transcraneal de inversión de flujo. Mala evolución clínica. Posteriormente, clínica sugestiva de muerte encefálica. EF y EEG confirman muerte encefálica. La familia acepta donación multiorgánica. JUICIO CLÍNICO: HSA espontánea (Hunt-Hess V, Fisher IV). Muerte encefálica (EXITUS).

Conclusiones:

En este caso debemos hacer el diagnóstico diferencial con TCE previo, carcinomatosis meníngea, neuroinfección... El inicio súbito sin traumatismo apoya la presunción de HSA espontánea por aneurisma ya que es la causa más común de HSA atraumática (80%). En menor proporción MAV, neoplasia, cocaína y fármacos (Prozac). Probablemente el pico de hipertensión arterial fue producido por consumo de cocaína que provocó la rotura de aneurisma atraumática. Se destaca la asistencia de la urgencia extrahospitalaria como un primer nivel de atención médica. También recalcar la clínica presentada como la anisocoria y el diagnóstico final del aneurisma gigante en ACM izquierda.

P-1492

ERITEMA NODOSO COMO MANIFESTACIÓN DE SARCOIDOSIS

B Vilaboy Arias, MJ Rodríguez Ourens, M García Rodríguez, A Piera Carbonell

Hospital de Cabueñes. Gijón, Asturias

Palabras clave: sarcoidosis, skin manifestations, diagnosis

Historia clínica:

Varón de 40 años, sin antecedentes de interés ni medicación crónica que acude a Urgencias por edema y molestias en tobillos, de 15 días de evolución sin antecedente traumático. Exploración física: Eupneico. Afebril. Auscultación cardiopulmonar normal. Edemas bi-maleolares, indolores, sin limitar la movilidad, más intensos en tobillo derecho. Pulsos distales positivos y simétricos. Relleno capilar normal. Pruebas complementarias: Hemograma: Hemoglobina 14.6, Leucocitos 9800, Plaquetas 285000. Bioquímica: PCR 71.4, resto normal. Coagulación: Tasa de Protrombina 86%, Dímero-D 1040 Eco-Doppler miembros inferiores: No imágenes compatibles con trombosis venosa profunda. Es alta con diagnóstico de posible celulitis en miembro inferior derecho, a tratamiento con Amoxicilina-Ácido clavulánico 875/125 mg / 8 horas / 7 días e Ibuprofeno 600 mg / 8 horas, a demanda. A los 5 días consulta por odinofagia, aumento de la inflamación de los tobillos y aparición de bultomas dolorosos en piernas. Exploración física: Temperatura 37.7 °C. Enantema en paladar blando. Inflamación en tobillos y lesiones induradas, dolorosas a la palpación y eritematosas en extremidades inferiores. Pruebas complementarias: PCR 138.4, Velocidad de sedimentación globular 50 mm a la primera hora. Elemental y sedimento de orina y resto de analítica normal. Radiografía tórax: Adenopatías hiliares bilaterales. En esta ocasión es alta con diagnóstico de Eritema nodoso: sospecha de sarcoidosis, a tratamiento con 20 mg de Metilprednisolona diarios y Consulta a Neumología. En Neumología realizan Espirometría con FVC 4780 (84%), FEV1 3600 (82%), FEV1/FVC 75%, DLCO 80% y TLC-He 85%, y TAC torácico informado con bloques adenopáticos en ambos hilos, sobre todo el izquierdo, prevasculares, paratraqueales derechos y subcarinales, discreto patrón intersticial reticular con engrosamiento de los septos intralobulillares y múltiples nódulos, compatible con Sarcoidosis estadio II. Se pauta tratamiento con corticoides orales 6 meses, tras los que repiten Espirometría y TAC torácico, que son normales, siendo alta como sarcoidosis curada.

Conclusiones:

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa sistémica, autoinmune, que puede manifestarse en cualquier órgano, con mayor frecuencia en pulmón y ganglios intratorácicos, seguidos de manifestaciones oculares, cutáneas y hepáticas. La combinación de eritema nodoso, linfadenopatía bilateral y dolor articular se denomina Síndrome de Löfgren y tiene un pronóstico relativamente bueno.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1494

MIEDO A VOLAR

E Espínola Coll (1), A Bernal Hinojosa (2), B García Gollonet (3), J García Cano (1), E Gallego Castillo (1)

(1) Centro de Salu Coin. Málaga, (2) Centro de Salud Carranque. Málaga, (3) Centro de Salud San Andrés Torcar. Málaga

Palabras clave: headache, lateral bulbar syndrome, dysphagia

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Varón 33 años. No Antecedentes personales de interés refiere que mientras volaba en viaje de negocios, comienza con cefalea occipital que fue aumentando progresivamente de intensidad e inestabilidad. Posteriormente comienza con disfagia y disartria, progresivamente nota acorchamiento en hemicuerpo derecho. No fiebre. No traumatismo craneoencefálico previo. En los días previos el paciente refería clínica de cefalea occipital, malestar y mareos. Paciente afebril, consciente. Normotenso. Auscultación cardiopulmonar: Normal. Exploración neurológica: Disartrico. Disminución hendidura parpebral izquierda junto con miosis izquierda reactiva a la luz. Parálisis velo del paladar izquierdo. Maniobra de Barré y Mingazzini negativas. Fuerza normal. Reflejos osteotendinosos normales. Hipoestesia en miembros derechos. Marcha normal. Romberg negativo. Exploración Otorrino: parálisis pilar anterior izquierdo. Paresia hemilaringe izquierda sin compromiso de la luz glótica. Pruebas Complementarias: Hemograma con neutrofilia 84,90%, resto normal. Coagulación normal, Glucemia 127, sodio 132, Proteínas totales 8,8, resto bioquímica normal. Electrocardiograma ritmo sinusal sin alteraciones de la repolarización. Doppler carotídeo normal, no signos de disección. TAC craneal normal. Resonancia cráneo: A nivel de la mitad izquierda de la unión bulbomedular lesión milimétrica hiperintensa correspondiente a pequeño infarto evolucionado. Angio-Resonancia de troncos supraaórticos: La arteria vertebral izquierda es de menor calibre estando obstruida o ausente en su segmento intracraneal, hallazgos compatibles con obstrucción intracraneal de la arteria vertebral izquierda o disección ya en estadio subagudo crónico. JUICIO CLÍNICO: Síndrome bulbar lateral isquémico. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Síndrome de Wallemberg. Disección vertebral. Tumor cerebral. Hemorragia cerebral. EVOLUCION: Presenta un curso fluctuante de la disfagia lo que hace necesario sondaje nasogástrico que hay que reintroducir tras empeoramiento. Al alta el paciente tiene buena tolerancia oral.

Conclusiones:

Este caso clínico nos sirve para incidir en la detección precoz de los síntomas neurológicos y la posible activación del Código Ictus que no fue realizada en este paciente debido a las horas de evolución de los síntomas.

P-1495

DECAPSULACIÓN ESPLÉNICA COMO COMPLICACIÓN DE COLONOSCOPIA

C González Pozo, C Mateos Madrid, M Tejón Ruiz

Hospital Comarcal Antequera. Antequera, Málaga

Palabras clave: colonoscopia, hemoperitoneo, dolor abdominal

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 54 años con antecedentes personales de hipertensión arterial y síndrome depresivo. Es remitida por dispositivo por fuerte dolor abdominal desde la mañana que le han realizado colonoscopia en centro privado. Según refiere, dicha colonoscopia, se realiza para valoración de hemorroides internas. Desde la realización de dicha prueba, la paciente presentó varios episodios sincopales con recuperación posterior. En dicha colonoscopia le extirpan 2 pólipos colónicos. Desde su llegada al Servicio de Urgencias, la paciente se muestra con mal estar general, mal perfundida, hipotensa, con persistencia de dolor abdominal, sin embargo la exploración inicial presenta abdomen blando, depresible, doloroso pero sin signos de abdomen agudo. Sin embargo el estado general de la paciente seguía empeorando. La analítica inicial se muestra anodina, tras ser valorada por cirujano de guardia, se realiza escaner abdominal con contraste donde se observa signos radiológicos indirectos de perforación intestinal, por lo que pasa a quirófano de urgencia, donde se comprueba que lo que presenta la paciente es una denudación esplénica completa con un sangrado activo en sábana, con hemoperitoneo de 1500 ml aproximadamente. Se realiza aspiración de hemoperitoneo, se realiza hemostasia esplénica y se pasa a UCI (Unidad de Cuidados Intensivos). La evolución de la paciente en UCI fue favorable, pasando a planta, estando actualmente bien con revisiones periódicas. Durante el ingreso se anemizó hasta hemoglobina 7,7, precisando transfusión de hematíes.

Conclusiones:

Cabe destacar la importancia de las complicaciones derivadas de aquellas pruebas funcionales invasivas, a veces, realizadas casi de rutina en pacientes con baja probabilidad de un diagnóstico certero, que compense el riesgo que se asume al realizar dichas pruebas. El paciente es informado y firma un consentimiento donde asume el riesgo de que dichas complicaciones puedan surgir.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1496

SÍNDROME CONFUSIONAL: ¿REALIDAD O FICCIÓN?

D Díez Díez (1), M Portilla Mediavilla (1), I Andrés Antolín (2)

(1) Centro de Salud La Puebla. Gerencia de Primaria de Palencia, (2) Centro de Salud Pintor Oliva. Gerencia de Primaria de Palencia

Palabras clave: confusion, emergencies, neurology

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 83 años que acude al Servicio de Urgencias por presentar según los familiares clínica neurológica de horas de evolución. Refieren que en el año previo presentó un cuadro de desorientación con exaltación del ánimo, siendo diagnosticado de trastorno bipolar. Antecedentes personales: depresión mayor recurrente. Tratamiento con xeristar, tramadol-paracetamol, lamotrigina, anafranil. Exploración: buen estado general, con exploración cardiopulmonar y abdominal normal. Signos meníngeos negativos. Sin focalidad neurológica. A la reexploración, el paciente presenta imposibilidad para la apertura palpebral, tanto activa como pasiva, trismus, no reacción a estímulos dolorosos y no verbalización. Se procede a intentar la colocación de cánula de Guedel, con éxito. Pruebas: Analítica, bioquímica y gasometría venosa normal, normal salvo indicios de proteínas y cuerpos cetónicos positivos en orina, coagulación normal. Leucocitosis con leve desviación izquierda, VCM en límites superiores de la normalidad. Pruebas de imagen seriadas desde Urgencias y durante el ingreso sin evidencia de patología. Punción lumbar normal. El primer EEG demuestra un patrón punta onda paroxístico con foco parietotemporal izquierdo, que en los EEG de control sucesivos aparece en región centrottemporal derecha y de nuevo en región parietotemporal izquierda. Diagnóstico diferencial: afectación cerebrovascular, infección, convulsión, somatización, cuadro psicótico, masa endocraneal, intoxicación. Juicio clínico: Estatus parcial no convulsivo.

Conclusiones:

Ante la aparición por primera vez de focalidad neurológica súbita en un paciente sin factores de riesgo, es importante tener en cuenta otros diagnósticos diferenciales a parte del ACVA y la masa intracraneal. Es importante hacer una anamnesis dirigida e investigar la aparición de clínica similar en otras ocasiones aunque el paciente o la familia no se haya dado cuenta. Las crisis parciales no convulsivas no son un cuadro frecuente, pero a tener en cuenta ante esta clínica.

P-1497

OTALGIA EN UNA PACIENTE DIABÉTICA

AG Ardila Soto, FJ Favá García, AM López Llerena,

MP Ortega Mercader, R Vallejo Hernández

Hospital del Escorial. Madrid

Palabras clave: diabetes mellitus, angina de Ludwig, piomiositis.

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

OBJETIVOS: demostrar que el paciente diabético supone un reto a la hora de realizar una aproximación a la patología infecciosa dado que la presentación de la misma puede ser de curso insidioso y de sintomatología atípica. Las infecciones de los espacios profundos del cuello surgen frecuentemente de un foco séptico en cavidad oral. Suelen tener un inicio rápido y pueden progresar a complicaciones potencialmente mortales. **Material o pacientes y método:** Mujer de 21 años diabética tipo 1, Artritis idiopática juvenil, fumadora, tratamiento: Insulina, Etanercept, en tratamiento con antibioterapia oral por infección ótica reciente. Cuarta visita a urgencias, refiere empeoramiento del estado general y persistencia otalgia derecha, con tumefacción en la región mandibular y trismus dental. **EXPLORACIÓN FÍSICA:** Afebril. Tumefacción facial inframandibular derecha dolorosa a la palpación, trismus dental. Pruebas complementarias: TC cervical: Absceso submaxilar derecho y piomiositis músculo masetero.

Conclusiones:

RESULTADOS: La paciente recibe tratamiento antibiótico intravenoso con Amoxicilina/Ácido clavulánico y Vancomicina. Se drena el absceso quirúrgicamente. Buena evolución. **Juicio clínico:** angina de Ludwig secundaria a absceso submaxilar derecho de causa odontogénica. **CONCLUSIONES:** Los datos sobre la prevalencia de infecciones en diabéticos son escasos. Varios estudios han tratado de responder a estas preguntas. La Angina de Ludwig es una infección del espacio submandibular de rápida propagación. Es fundamental un correcto diagnóstico, tratamiento antimicrobiano y de soporte para evitar complicaciones potencialmente mortales.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1498

DEBILIDAD Y ASTENIA PROGRESIVA, MIOSITIS COMO TRASTORNO INFLAMATORIO EXTRAINTestinal EN ENFERMEDAD DE CROHN

A Sánchez Valencia, L Alcalá Bustos, C Moreno Caycedo, J Paz Galiana, M Cillero Rodríguez, M Sánchez Ruiz, I Moreno Montero

Hospital General de Tomelloso. Tomelloso, Ciudad Real

Palabras clave: miositis, inflamatorio, enfermedad de Crohn

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Hombre de 47 años sin AP de interés con diagnóstico reciente (15 días) de enfermedad de Crohn que inicio tratamiento con corticoides a dosis bajas y azatioprina a dosis 0.5 mg/kg/día. Paciente acude por cuadro de 4 días de debilidad muscular astenia y dolores generalizados. En analítica destaca elevación CPK hasta valores de 3000 en su inicio, sin esfuerzo, sin fiebre sin signos de deshidratación ni causa infecciosa que lo justificase. Ante sospecha de miopatía farmacológica como efecto de azatioprina se retira medicamento y se ingresa al paciente, mantiene signos de miopatía durante su ingreso, y es, tras la biopsia muscular en la que se observa infiltrado inflamatorio, donde se llega al diagnóstico de miopatía como trastorno extraintestinal de la Enfermedad de Crohn. Mejorando el cuadro con corticoides e inmunosupresores a dosis mas elevadas a las iniciales.

Conclusiones:

Aunque generalmente limitado a la mucosa del tubo digestivo la enfermedad de Crohn presenta frecuentemente complicaciones extraintestinales a varios niveles como mielopatías, miopatías, alteraciones del SNC a nivel central y periférico, alteraciones psiquiátricas, y alteraciones relacionadas con enfermedades autoinmunes principalmente. Con respecto a la miopatía como complicación, se han descritos casos donde se observan infiltrados neutrofilicos con miositis necrotizante focal y miositis granulomatosas. Con afectaciones focales o mas generalizadas y agresivas que pueden complicarse con rabdomiolisis. Esta sintomatología puede aparecer de forma única, recidivante, crónica e incluso en inicio de la enfermedad y suele responder bien a inmunosupresores y glucocorticoides. Importante el diagnóstico ya que se suele atribuir la sintomatología a la medicación que puede producir miopatía como efecto secundario (tanto azatioprina como glucocorticoides), retrasando el tratamiento adecuado de la miopatía.

P-1499

PORQUÉ NO TODOS LOS CASOS DE DISPEPSIA SON ERGED. A PROPÓSITO DE UN CASO

M Arroyo Jiménez, P Paredes Leonarte, B Moliner Zanón, M Baixauli Bonet, S Martínez Piera

Hospital Arnau de Vilanova. Valencia

Palabras clave: dispepsia, impactación alimentaria, esofagitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 44 años que acude al servicio de urgencias por atragantamiento mientras estaba cenando. Asocia intolerancia los líquidos con sialorrea. Refiere episodios similares de disfagia y atragantamientos, varias veces por semana desde hace más de 8 años, de duración variable, que atribuía a su hernia de hiato. Se realiza gastroscopia de urgencias, rompiendo bolo alimentario impactado. No se objetiva causa orgánica de la misma. Se toman biopsias que confirman esofagitis eosinofílica.

Conclusiones:

Dentro de las entidades con las que realizar el diagnóstico diferencial de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico debemos pensar en la esofagitis eosinofílica (provoca vómitos, pirosis, dolor abdominal, regurgitación, y en los adultos, impactación alimentaria y disfagia). En los casos de impactación, debemos descartar causa objetivable de la impactación (neoplasias, pólipos, estenosis externas, divertículos...). Una vez descartada, se toman biopsias en busca de una patología infecciosa (CMV, VIH, VHS, candidas?) o inflamatoria. En este caso, se objetiva componente inflamatorio eosinofílico (>20 Eo por campo) como causa de la sintomatología y se diagnostica de esofagitis eosinofílica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1500

RIESGO-BENEFICIO EN EL PACIENTE ANCIANO

T Fernández Letamendi, N Fernández Letamendi, S Alcalde López, MP Oliete Blanco, P Sorribas Rubio, V Abadía Gallego

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Palabras clave: ancient, bradycardia, treatment

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 93 años con antecedentes de HTA, trastorno de conducción interventricular, insuficiencia renal crónica y neoplasia de próstata en tratamiento hormonal. Dependiente. Acude a urgencias por síncope de aparición brusca con recuperación posterior. A su llegada al hospital: TA:190/70 mmHg, FC:45 lpm, SatO₂:97%. Afebril. AC: rítmico, soplo sistólico. AP: normoventilación bilateral. ABD: anodino. Expl.neuro: consciente, parcialmente orientado, tendencia al sueño, pares craneales conservados, pupilas reactivas y simétricas, fuerza y sensibilidad conservada, no signos meníngeos, no rigidez. Marcha no valorable en ese momento. Pulsos periféricos presentes y bilaterales. No edemas ni signos de TVP. Se solicita ECG, As, sedimento de orina y rx tórax. En el electrocardiograma se observa bradicardia sinusal con un PR de 0,18, sin otras alteraciones de la repolarización excepto EV aislada. Resto de las pruebas complementarias dentro de la normalidad. Dada las características del síncope y que el paciente se encuentra en tratamiento con betabloqueante, se decide suspender tratamiento betabloqueante y pasar a sala de observación para constatar normalización de frecuencias tras retirada de tratamiento. Tras casi 40 horas de monitorización, el paciente permanece en frecuencias en torno a 40 lpm y TVNS (de hasta 3 latidos máximo). Dada la situación basal del paciente se decide lo siguiente. Se le explica a la hija (único familiar) que impresiona que el cuadro actual pueda haberse visto agravado por el fármaco, pero dado que es ya conocido el trastorno de conducción (asumimos el riesgo de muerte súbita) sopesando riesgo/beneficio se asumen más riesgos en esta ocasión colocando un marcapasos (Charlson de alto riesgo). La hija comprende y acepta la situación por lo que se decide alta hospitalaria con control ambulatorio desde la misma sala de observación.

Conclusiones:

Se debe de valorar siempre el riesgo/beneficio de la actuación en urgencias en relación con el paciente anciano dependiente. Es imprescindible destreza y conocimiento en la utilización de escalas y valoración geriátrica. Todo ello, nos ayudarían a mejorar la seguridad del paciente y a optimizar los recursos sanitarios, minimizando ingresos innecesarios.

P-1501

NO TAN GRAVE COMO PARECE EN LA CALLE

P Sarasquete Fariña, A. Rosario Ortiz

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago

Palabras clave: anisocoria, midriasis, cefalea

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Motivo de consulta: Cefalea y anisocoria. Antecedentes personales: Síndrome ansioso depresivo. Tratamiento habitual: Besitran 100 ½-0-0, Deprax 100 0-0-1/2, Lorazepam. Enfermedad actual: Desde que empezó con la depresión hace varios meses, presenta cefalea casi diariamente de predominio vespertino, opresiva, ¿en casco? de localización holocraneal, de intensidad leve, además de otro tipo de cefalea otros días, que la describe como hemicraneal pulsátil, que asocia náuseas y vómitos incapacitándola para actividades básicas. No presenta aura. Ayer presentó una cefalea de estas características. Además presenta anisocoria derecha. No se ha administrado ningún colirio ni ha manipulado ningún producto. Exploración física: Tensión arterial 106/62 T° 36, FC 59 lpm. Consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, colaboradora. Lenguaje fluente y apropiado. Comprende y obedece órdenes simples. Pupilas midriáticas de forma bilateral, con ligera anisocoria a expensas de mayor dilatación de pupila derecha en la oscuridad. Con la luz persiste pupila derecha midriática que responde muy lentamente, logrando isocoria pupilar manteniendo el estímulo luminoso, con reflejo de acomodación y redilatación lentas. No presenta alteraciones en la campimetría por confrontación. Los movimientos de musculatura extraocular son normales. Resto de pares craneales normales. Fuerza y tono normales en las cuatro extremidades. No extinción visual ni sensitiva. Reflejos osteotendinosos presentes y simétricos. Reflejos cutáneo plantares flexores de forma bilateral. No disimetrías ni disidiadococinesia. Marcha normal y los signos meníngeos son negativos. Resto de exploración física por aparatos es normal. Pruebas complementarias: Analítica de sangre: normal. TC Craneal: sin evidencia de patología aguda intracraneal. Evolución: se instila colirio de pilocarpina 0,125% logrando contracción pupilar derecha y simetría pupilar. La cefalea se controla con antiinflamatorios por vía intravenosa. Juicio Clínico: Cefalea mixta tensional y migraña. Pupila tónica de Adie. Tratamiento al alta: Topiramato 50 mgr en pauta ascendente. Si cefalea a pesar de anterior podrá tomar Enantyum. Evolución: cita en consultas externas de neurología donde, dado el control parcial de la cefalea, se añade a su tratamiento habitual Propanolol de 40 mgr y Sirdalud 2 mg.

Conclusiones:

Explicamos a la paciente el diagnóstico de cefalea sin datos de alarma que justifiquen más estudios así como el tratamiento pautado. Tranquilizamos sobre el carácter banal de la midriasis y remitimos a seguimiento por atención primaria.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1502

MALESTAR GENERAL DEBIDO A HIPOPOTASEMIA SINTOMÁTICA EN PACIENTE CON SILLA TURCA VACÍA POSCIRUGÍA

E Hernández Bay, P Gutiérrez García, V Ruiz Cuevas,
M Guitián Domínguez

Centro de Salud Covaresa. Alaejos, Valladolid

Palabras clave: dizziness, hypokalemia, empty sella syndrome

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 64 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes personales: HTA, dislipemia, hipotiroidismo. Hipopituitarismo tras cirugía hace 26 años por tumoración hipofisaria afectando al nervio óptico. Episodios habituales de cefalea y sudoración profusa. Ingreso en Cardioogía por episodio de mareo, cefalea y sudoración con ergometría y controles analíticos normales. Tratamiento habitual: Candesartan/HCTZ 32/25, Atorvastatina 20, Levothroid 150, Hidroaltesona (20-0-10), testogel. Paciente que acude a urgencias por cuadro de mareo con sudoración profusa y cefalea fronto-parietal de 3 horas de duración. El cuadro comenzó estando en domicilio con sensación de parestesias en hemicara derecha. Refiere que el episodio actual es similar a previos, pero más intenso. Niega abandono de medicación. Niega náuseas, vómitos, diarrea, visión borrosa, diplopía, dolor torácico, palpitaciones, sensación distérmica y disnea. No giro de objetos. Refiere únicamente, debilidad generalizada. Exploración física: TA 148/91 FC44, Sat O₂ 98%, T° 33.5 °C, DXT 94 mg/dL A su llegada al servicio de urgencias presenta bradipsiquia, tendencia al sueño, frialdad cutánea y somnolencia. Conversación coherente. No clínica de focalidad neurológica. ACP normal. Resto de exploración sin hallazgos. Exploraciones complementarias: Hb16.9, hto 51%, hmties 551000, plaquetas normales, PCR 7, PCT<0.05. Coagulación normal. BQ: Na 136, K 2.8, Creat 0.94, Urea 28, TnI<0.01, CK 127. Gasometría arterial: pH 7.57, pCO₂ 25, pO₂ 82, HCO₃ 26, SatO₂ 98%, lactato 2. PAFI 390. TSH 0.03, T4L 1.01, T3L 5. ECG: BCRDHH a 60lpm. Rx tórax: sin alteraciones de interés. TC craneal: sugiere silla turca vacía. Discreta atrofia de predominio subcortical y frontal e infarto lacunar crónico en cabeza de núcleos caudados. JC: Hipotiroidismo corregido en exceso. Hipopotasemia secundaria. Alcalosis respiratoria compensada secundaria. Silla turca vacía postcirugía. En urgencias se procede a monitorización continua, oxigenoterapia y reposición hidroelectrolítica. Ingresó en medicina interna con buena evolución y mejoría de los síntomas.

Conclusiones:

La hipopotasemia es la concentración plasmática de potasio inferior a 3.5 mEq/L. Sin embargo los síntomas no suelen aparecer hasta que esta cifra desciende por debajo de 3. Predominan los síntomas neuromusculares (parestesias, debilidad, hipoventilación...), así como las manifestaciones cardíacas (arritmias...). Puede tener múltiples causas. Las más frecuentes son los vómitos, la diarrea y el uso de diuréticos.

P-1503

UN SÍNCOPE CONTROVERTIDO

I de la Cruz Couto, E Sáez Barrasa, B Cáceres Murillo,
S García Santisteban, V Álvarez Fernández, S del Amo Cachán

OSI Araba Hospital Txagorritxu. Portugalete, Bizkaia

Palabras clave: syncope, vomiting, atrioventricular block

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer 24 años. Antecedentes personales: consumo ocasional de alcohol, no tratamiento habitual. Acude a urgencias trasladada en ambulancia por cuadro sincopal. Refiere que durante la comida en un bar comienza con vómitos y pérdida de conocimiento posterior con recuperación espontánea. No otra clínica asociada. Se encuentra con la menstruación. EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: eupneica, afebril, tensión arterial 118/83, frecuencia cardíaca 80lpm, pulsioximetría 99%. No focalidad neurológica. Resto de exploración anodina. ECG a su llegada: ritmo sinusal a 74lpm, bloqueo incompleto rama derecha. En urgencias se presencia síncope tras vómito con evidencia en ECG de bloqueo auriculoventricular (AV) completo con pausas sinusales de hasta 13 segundos, escape ventricular con QRS estrecho. Recuperación espontánea, ECG posterior el basal. Se colocan parches de marcapasos transcutáneo. Se solicita analítica sanguínea, detección de tóxicos en orina y radiografía de tórax sin hallazgos significativos. Rehistoriando a la paciente refiere episodios sincopales previos siempre en relación a la menstruación, bien por dolor o por vómitos asociados (se descartó epilepsia). Valorada por UCI en urgencias, realiza ecoscopia sin evidencia de cardiopatía estructural. Permanece monitorizada y asintomática 24 horas en UCI. Posteriormente ingresa en cardiología, estudio cardiológico normal. Se interpreta como síncope neuromediado. Dado las características del síncope, la edad y los síntomas siempre relacionados a menstruación se decide no estimulación cardíaca e intentar evitar síncope. Se explican medidas y se inicia tratamiento con anticonceptivos orales. Tras el alta, buena evolución. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: síncope cardiogénico. Crisis epiléptica. Tromboembolismo pulmonar. Hipoglucemia. Intoxicación etílica. DIAGNÓSTICO FINAL: síncope de probable origen neuromediado. Bloqueo AV completo paroxístico objetivado durante el episodio.

Conclusiones:

El síncope neuromediado ocurre por un fallo transitorio del control autonómico cardiovascular ante un desencadenante. Se produce un ascenso inicial del tono vagal con pérdida del reflejo simpático, con la consiguiente bradicardia y/o hipotensión. Ante un bloqueo AV siempre deben descartarse causas reversibles (vagotonía) antes de implantar un marcapasos definitivo. En el caso clínico, los síncope siempre están relacionados con la misma secuencia de dolor y/o vómitos y pérdida de conciencia. Tras descartarse cardiopatía estructural, el objetivo del tratamiento se dirige a evitar los desencadenantes sincopales.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1504

DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS. MASA MEDIASTÍNICA (TIMOMA)

I Mata Sánchez, M Rizo Hoyos, P Castillo Jiménez,
MJ Morales Acedo, G Mesa Ramos, M Zaheri Beryanak

Hospital de Antequera. Málaga

Palabras clave: dolor torácico, mediastino, timoma

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

El Dolor Torácico (DT) es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Urgencias (7-20%). Plantea un importante problema asistencial al ser necesario llegar a un diagnóstico y toma de decisión rápida para reducir la morbilidad en pacientes. Puede deberse a múltiples causas, aportando complejidad al diagnóstico diferencial. ANAMNESIS: Mujer de 82 años, con antecedentes de cardiopatía isquémica, acude por 4º vez en 4 días. Diagnósticos previos de dolor mecánico y ángor hemodinámico por crisis hipertensiva. En esta ocasión consulta por dolor en MSI, hombro y hemitórax izquierdos, de características más mecánicas, se modifica con presión y respiración. Asocia malestar general, presíncope, sudoración, vómitos. Mejora parcialmente con nitritos sublinguales. Soplo aórtico. TA 240/105mmHg. PRUEBAS: -ECG seriados sin cambios: RS a 65 lpm, T negativa en V1-V5, HVI. -Cr 2,07, CK 93, troponina con elevación significativa (0,247-0,636). Dímero D 1.379. Radiografía-tórax: lesión mediastínica anterior que no oblitera el borde izquierdo del arco aórtico. -Angio-TAC-Tórax: masa en mediastino anterior 6,35x5,17cm, con área central de baja densidad, realce periférico irregular y foco calcificado. Ocupa grasa, contacta con pared anterior torácica, cayado aórtico, pleura y pericardio e infiltra vena innominada. Compatible con Teratocarcinoma o Timoma. EVOLUCIÓN: Ingresa en Medicina Interna donde se confirma el diagnóstico de Masa necrosada compatible con Timoma mediante PAAF guiada por TAC. También se descarta isquemia inducible por gammagrafía.

Conclusiones:

Se elige el presente caso por la complejidad del diagnóstico de las causas de DT en Urgencias. La principal sospecha diagnóstica sería SCASEST, al presentar nuestra paciente dolor de características variadas, antecedentes de C. Isquémica y elevación enzimática. El juicio evolucionó al ampliarse el estudio: un Dímero D elevado llevó a solicitar un Angio-Tac-tórax, que junto con una radiografía patológica, permite establecer el diagnóstico definitivo de masa mediastínica. La elevación enzimática podría estar justificada por la TA 240/105mmHg y por la insuficiencia renal de la paciente. El Timoma es el 2º tumor más común del timo y del mediastino anterior, después del linfoma. Es un tumor benigno de crecimiento lento. La mitad de los pacientes son asintomáticos. En 25-30% de los pacientes existen síntomas relacionados con compresión local o invasión de estructuras vecinas, tos, dolor torácico, disnea y disfonía.

P-1505

ME DUELE LA GARGANTA Y EL PECHO

O Recondo Goitia (1), M Gómez Martínez (2), T Martín Valtierra (3),
MG Díaz Sánchez (4), E de Eguia Mocorrea (5)

(1) Clínica de la Asunción, OSI Tolosaldea, (2) OSI Bidasoa, (3) Clínica de la Asunción, Osi Tolosaldea, (4) Osi Donostialdea, (5) Clínica de la Asunción, Osi Tolosaldea. San Sebastian, Guipúzcoa

Palabras clave: esophageal perforation, foreign body, pharyngeal

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Caso clínico Mujer de 53 años que acude a urgencias tras tragar un hueso de pavo el día anterior durante la cena. Desde entonces refiere molestia en zona faríngea que va en aumento con náuseas y vómitos. No disnea, no clara disfagia. Hoy ha comido alimentos sólidos, con sensación de plenitud y acude por dolor torácico y malestar general. Exploración Física TA: 123/69 mm Hg, FC: 86 lpm, Tº: 36.5°C, Sat (basal): 99 % Consciente y orientada. Palidez cutáneo-mucosa. Eupneica CYC: no se objetiva cuerpo extraño faríngeo. No bultomas a la palpación faríngea. Ac: rítmico Ap: buena ventilación en ambos campos Abdomen: anodino Pruebas complementarias. Analítica: Hemoglobina: 11.7 g/dl, Hematocrito: 34.5%, Hematíes: 3.74 mill/mm3, Leucocitos: 17, 260 Mill/mm3 (neutrófilos segmentados: 81%, Linfocitos 18%, Monocitos: 1%), PCR: 1.23 ECG: Ritmo sinusal, 80 lpm, eje 30º, sin alteraciones en la repolarización. Rx de cuello y partes blandas: no se objetivan cuerpo extraños Gastroscoopia: A nivel distal de tercio superior del esófago se observa un stop de restos alimentarios. Se retiran los alimentos blandos con cesta y permanece enclavado una astilla de hueso que se extrae con pinza. Se objetiva erosión en zona esofágica, con posible mínima perforación. TAC Torácico: A la altura de D4 y D5 a nivel esofágico se observa una imagen hipodensa que corresponde a perforación esofágica con pequeña colección aérea en situación posterolateral izquierdo con leve rarefacción de la grasa adyacente sin colección líquida. Evolución Se procede a ingresar a la paciente en dieta absoluta y antibioterapia con Piperacilina/ Tazobactam 4 gr/0.05 g. A las 48 horas la paciente presenta un pico febril de 38°C. Se extraen hemocultivos con resultado negativo. La paciente evoluciona favorablemente con normalización de la analítica donde los signos inflamatorios normales y TAC de control con prácticamente desaparición de las colecciones aéreas visualizadas con mínima burbuja paraesofágica persisten. La paciente permanece asintomática con buena tolerancia y afebril por lo que es dada de alta.

Conclusiones:

El neumomediastino se define como la presencia de aire en el mediastino. Las causas más frecuentes son heridas o traumatismos penetrantes, infección por bacterias o rotura esofágicas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1506

SHOCK ANAFILÁCTICO POR PARACETAMOL DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

CC Carrasco Vidoz, C Gimeno Galindo, C Fernández Palacios, P Tranche Cagigas, Y López Albarran, G Peña y Lillo Echevarría, LJ Arce Segura

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

Palabras clave: anafilaxia, paracetamol, shock anafilático

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón 30 años: Alérgico a anisakis. Varios episodios de urticaria con Metamizol, ibuprofeno y paracetamol. Shock anafilático con Metamizol en marzo/15. Estudio en consultas de alergia con provocación con paracetamol negativa. Acude a urgencias por MEG, odinofagia intensa, fiebre y exantema pruriginoso en tronco y MMSS. No ha tomado tratamiento por miedo a las alergias. A su llegada, está consciente y orientado, TA 110/60, FC 125 T° 38,2. En la EF destacan adenopatías submaxilares dolorosas y exantema en tronco y extremidades. En extracción analítica presenta presíncope vasovagal con TA:60/40 que remonta con cristaloides. La analítica inicial evidencia: linfomonocitosis/ linfopenia, PCR 53. Paul Bunell negativo. Se etiqueta de faringitis aguda de origen viral. Se administra paracetamol 1 gr iv, con mejoría clínica, y desaparición del exantema, persistiendo odinofagia intensa. Se mantiene en observación y pasadas 6 horas persiste odinofagia, administrándose 2° vial de Paracetamol, con hipotensión (40/20) interpretado como reacción vasovagal por el dolor. Tras administrarse 2lts de cristaloides persiste marcada hipotensión, en nueva analítica destaca, además de lo previo: PCR(107), trombopenia(89000), coagulopatía, Cr 1,6, láctico 8, PH 7,16, bicarbonato 11 y PO2 66 en GA con O2. Se avisa a UCI, persiste hipotensión(60/30), mala perfusión periférica, tumefacción facial y zona eritematosa extensa en región torácica y cervical baja. TC toraco-abdomino-pelvíco con aumento difuso del hígado, alteraciones de la perfusión compatibles con bajo gasto y/o hepatitis aguda.

Conclusiones:

Ingresa en UCI por sospecha de shock anafilático en el contexto de faringoamigdalitis de origen vírico. La primera posibilidad es el paracetamol (aparición tras administración de 2° gr IV habiendo tenido previamente reacción leve). Su sospecha era difícil dada la inexistencia de síntomas y signos cardinales (exantema, angioedema, disnea) y solo se sospecha ante hipotensión grave mantenida que mejora tras administración de adrenalina SC, así como Metilprednisolona, Dexclorfeniramina, sobrecarga de líquidos y posteriormente NA tras canalizarse CVC. El cuadro vírico con linfomonocitosis puede haber sido un factor coadyuvante. Con el tratamiento el paciente evidencia mejoría del cuadro hasta estabilización del paciente, paso a planta con alta definitiva y sin secuelas a la semana.

P-1507

LUMBALGIA HIPERFRECUENTADORA

MM Reina Martín (1), D Ternerero Escudero (2), AM Gutiérrez García (3), M Morales del Águila (3), M Martínez Ibáñez (4), A Ruiz Ruiz (4)

(1) Centro de Salud Portada Alta. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga, (2) Centro de Salud Delicias. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga, (3) Centro de Salud Puerta Blanca. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga, (4) Centro de Salud Ti. Málaga

Palabras clave: dolor de la región lumbar, sarcoma de Ewing, metástasis de la neoplasia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer 23 años, sin antecedentes de interés. Acude a urgencias por lumbalgia izquierda de 2 meses de evolución irradiada a muslo que no cede con reposo e intensifica con movimientos. Ha acudido múltiples ocasiones al servicio de urgencias siendo tratada con AINEs, corticoides y derivados mórficos. Sudoración profusa, estreñimiento, hiporexia y pérdida de peso de unos 10 Kg. Exploración: Regular estado general. Normoperfundida. Estable hemodinámicamente. Auscultación cardiorrespiratoria: Sin hallazgos. Abdomen: No masas ni megalias. Dolor selectivo en hipogastrio. Fuerza global conservada. Hipostesia en cara lateral y medial muslo izquierdo. Reflejos osteotendinosos presentes y simétricos. Lassegue y Bragard negativos. Importante sensación de masa en zona cuádriceps izquierdo. Pruebas complementarias: ECG: Ritmo sinusal sin alteraciones. Analítica sanguínea: Hemoglobina 8.8. Leucocitos 17.000 (predominio monocitos). Coagulación y bioquímica normal. PCR 202. Orina: Normal. Ecografía abdomen: Sin hallazgos. Radiografía lumbar: Dudosa pérdida de cortical en proyección AP. TC/RMN Muslo y Pelvis: Sarcoma de partes blanda en cuádriceps izquierdo con múltiples lesiones óseas focales. Lesiones óseas líticas múltiples con dos de mayor tamaño y agresividad con rotura de cortical en ala sacra derecha y pubis izquierdo. Gran masa de partes blandas en musculatura de cuádriceps izquierdo con límites mal definidos y vascularización periférica anárquica que contacta con las ramas vasculares y nerviosas femorales. Ecografía de muslo izquierdo con BAG: Neoplasia maligna compatible con Sarcoma de Ewing confirmado mediante estudio histopatológico. Evolución: Durante su ingreso, se inicia tratamiento con quimioterapia VAC con toxicidad hematológica grado IV. Control del dolor gracias a bomba de perfusión continua de morfina y radioterapia antiálgica sobre masa ósea sacra. Ante progresión tumoral, se incluye en ensayo clínico con mala respuesta. Juicio Clínico: Sarcoma de Ewing con diseminación metastásica ósea. Diagnóstico diferencial: Lumbalgia traumática. Patología ginecológica. Cólico renoureteral.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

Conclusiones:

La lumbalgia atraumática es un motivo de consulta frecuente en los servicio de urgencias y atención primaria que en la mayoría de las ocasiones no supone ninguna afectación general o grave. Resulta fundamental la realización de una correcta anamnesis y exploración clínica para no demorar el diagnóstico de una patología grave y potencialmente tratable.

P-1508

HIPONATREMIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

**A Córdoba Alonso, S Neila Calvo, C Marcote Ibáñez,
C Salas Pelayo, E Cobo, Z Salmón González, M Lisa Gracia**

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras clave: hiponatremia, deshidratación, diarrea

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 82 años con AP de HTA, Miocardiopatía hipertensiva con fracción de eyección conservada, osteoartritis, síndrome ansioso-depresivo y en estudio por anemia de perfil ferropénico pendiente de colonoscopia y gastroscopia. Tto habitual: Paracetamol 1g/8h, Enalapril 10mg/24h, Paroxetina 20mg/24h, Furosemida 40mg/24h, Ibuprofeno 600mg/8h. Acude a Urgencias por cuadro de confusión, desorientación y debilidad osteomuscular de 48 horas de evolución sin fiebre o semiología infecciosa asociada a ningún nivel. En las últimas 4 horas comienza con náuseas y vómitos. Se encontraba en este periodo realizando preparación con laxantes osmóticos y enemas para realización de estudio endoscópico programado para el día siguiente. Exploración Física: TA 108/77, FC 85, T° 36,6°C, Sat O2 96% basal. Consciente, colaboradora, bradipsíquica, orientada en persona, desorientada en tiempo y lugar. Normocoloreada, deshidratación de piel y mucosas, relleno capilar periférico <2???. CyC: no ingurgitación yugular, CcRrSs. AC: Rítmica, soplo aórtico II/VI con 2° ruido conservado. AP: MVC. Abdomen: blando, ligeramente doloroso a la palpación en mesogastrio, no datos de peritonismo. EEII: no edemas ni signos de TVP. NRL: PICNR, Pares craneales normales, no focalidad de vías largas, ROT ++ y simétricos. Datos Complementarios: Hb 10?2g/dl(VCM 77), plaquetas y recuento leucocitario normal. Na 116mEq/L, K 5,6 mEq/L, FG 47 ml/min con Creatinina 1,37mg/dl. Elemental y Sedimento: sin alteraciones. Osmolaridad plasmática: 266m Osm/kg. Osmolaridad urinaria 98. Iones en orina: Sodio 26mmol/L, Potasio 6. JD: 1) Hiponatremia hipoosmolar con volumen extracelular disminuido aguda. 2) Insuficiencia renal aguda de perfil prerrenal con hiperpotasemia secundaria.

Conclusiones:

Se decidió instaurar tratamiento con sueroterapia (Salino fisiológico 0,9%) tras calcular el déficit de agua teniendo en cuenta la edad y comorbilidades de la paciente con mejoría progresiva de la focalidad neurológica y de la natremia, que se corrige en 48 h siendo dada de alta del servicio de Urgencias. La hiponatremia es la alteración hidroelectrolítica más frecuente en nuestro medio con múltiples orígenes. La importancia de este caso radica en que encontrar la causa subyacente de la misma es prioritaria de cara a realizar un tratamiento correcto. La natriuria en este caso es básica para orientar el proceso aunque hay que tener en cuenta siempre el contexto de nuestros pacientes, cuando a menudo toman diuréticos, pudiendo falsear los resultados.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1509

PANCREATITIS AGUDA: UNA CAUSA POCO FRECUENTE

E Moriel Santaella, MJ Morales Acedo, M Nogués Herrero, P García Navarro, GR Mesa Ramos, M Zaheri Beryanaki

Unidad Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Comarcal de Antequera. Antequera, Málaga

Palabras clave: acute pancreatitis, codeine, drug, induced

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 77 años, colecistectomizado, que consulta en urgencias por dolor abdominal epigástrico intenso de inicio súbito asociado a vómitos tras la toma de un comprimido de Codeína prescrita como tratamiento sintomático de tos intensa. No asocia otra sintomatología. A la exploración presenta estado general conservado, con ACP sin alteraciones. Abdomen blando y depresible pero con presencia de dolor de predominio epigástrico e irradiado a ambos hipocondrios. No signos de peritonismo. Peristaltismo presente. Extremidades inferiores sin signos de TVP. Pruebas complementarias: analítica de sangre con leucocitosis ($15,40 \times 10^9/L$) con desviación izquierda ($13,25 \times 10^9/L$), fibrinógeno derivado 682 mg/dl, creatinina 1,45 mg/dl, BB total 1,90 mg/dl a expensas de directa (0,74 mg/dl), lipasa 5355 U/L, enzimas hepáticas normales. Rx tórax: anodina. Ecografía abdominal: porta y colédoco normales. Páncreas con discreta hipoecogenicidad difusa, compatible con edema. Resto de estudio sin datos patológicos. Diagnóstico final: pancreatitis aguda secundaria a ingesta de codeína. Evolución y tratamiento: pese a mejoría clínica el paciente es ingresado con retirada de fármacos e iniciándose fluidoterapia. En control analítico se muestra normalización de parámetros inflamatorios, incluyéndose lipasa. Fue dado de alta a los 3 días por buena evolución, sin nueva recaída durante seguimiento posterior.

Conclusiones:

La pancreatitis aguda (PA) es un problema de salud de una considerable morbi-mortalidad. Se ha constatado un aumento de incidencia, relacionándose entre otros motivos el aumento de consumo de medicamentos. Diversos fármacos han sido asociados, siendo la codeína un motivo poco común teniéndose en cuenta su consumo generalizado y pocos los casos descritos en la literatura. El diagnóstico de PA por medicamentos se realiza por exclusión de otros factores etiológicos y la existencia de una relación temporal de la clínica con la toma del fármaco. Existen pocas referencias de PA relacionados con la codeína, pudiendo estar mediadas por la contracción del esfínter de Oddi, sumándose la disfunción pancreática relacionada con la colecistectomía previa. En este caso el paciente experimentó dolor intenso y vómitos una hora tras la toma de codeína, se recuperó sin secuelas tras la suspensión y se descartaron otras causas alternativas, por lo que puede establecerse la responsabilidad de la codeína como definitiva.

P-1510

SÍNDROME DE BRUNS-GARLAND, A PROPÓSITO DE UN CASO

M Clemente Yélamos, C Piccone Saponara, R Soriano Arroyo, K de Vita Sanoja, M Lorca Serralta

Hospital Universitario del Tajo. Aranjuez, Madrid

Palabras clave: amiotrofia neurálgica, diabetes mellitus, radiculopatía

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Hombre de 72 años, hipertenso y diabético de años de evolución, visitas frecuentes a urgencias por dolor inguinal bilateral intenso de predominio nocturno con progresiva debilidad muscular proximal refractario a analgésicos. Dificultad para levantarse de la silla o elevar piernas, consigue mantener bipedestación y marcha. No clínica sensitiva ni esfinteriana en ningún momento de la evolución, ni afectación braquial o facial. A la exploración dolor y limitación funcional de la musculatura proximal de ambos MMII. Rigidez de la cintura pélvica. Tono y balance motor braquial conservado bilateral, en MMII afectación muscular proximal (iliopsoas 3/5, cuádriceps 4/5, distal 5/5) simétrico, con amiotrofia cuadricepsal leve sin fasciculaciones. ROT +++/++++ en MMSS, +/- rotulianos y aquileos abolidos. RCPFB. Hiperpatía algésica leve en área cuadricepsal bilateral, sin hipoestesia territorial ni alteraciones alternas. No nivel sensitivo medular. Pasa a bipedestación con apoyo pero mantiene postura y marcha pequeños pasos sin paresias apreciables. Ingresó para estudio de miopatía inflamatoria. Analítica: hemograma normal, función renal normal, iones normales, CK 44U/L, VSG 94, HbA1c 8.8%, PCR 85.7mg/L. Serologías (VIH, CMV, herpesvirus) negativas. Rx de columna lumbar: espondiloartrosis generalizada con discopatía a nivel L5-S1. RMN de pelvis: edema muscular que afecta de forma bilateral a ambas caderas, fundamentalmente a los músculos psoas, obturadores interno y externo y piramidal de forma simétrica. EMG: conducción nerviosa motora crural normal, estudio de conducción sensitiva con amplitudes de potenciales en límite bajo de normalidad. El estudio de musculatura proximal muestra escasos datos denervativos en estadios subagudos dependientes de distintos territorios radiculares y nerviosos. No potenciales de unidad motora de perfil miopático. La clínica del paciente con los hallazgos del estudio orientan hacia una plexopatía crural superior bilateral, dado antecedente diabético y carácter doloroso sugiere una neuralgia amiotrófica diabética (Síndrome de Bruns Garland). Se inició tratamiento con gabapentina, opiáceos, AINE y gammaglobulinas.

Conclusiones:

La amiotrofia diabética ocurre en pacientes con DM2 de recientemente diagnóstico o bien controlados. Los síntomas incluyen la aparición aguda, asimétrica, focal de dolor seguido de debilidad proximal, con falla autonómica asociada y es seguido por recuperación parcial o total en la mayoría de los pacientes. No está claro que las terapias inmunomoduladoras sean útiles en la recuperación.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1511

CRISIS COMICIAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE MENINGITIS

Z Vázquez Álvarez (1), S Sánchez Menéndez (1), S Moreno García (1), P González-Quirós Fernández (2), Y García González (1), E Ferrero Fernández (2)

(1) Hospital del Oriente de Asturias, (2) Hospital Valle del Nalón. Asturias

Palabras clave: meningitis, resonancia magnética nuclear, sinusitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Motivo de ingreso: varón de 14 años con síncope. Antecedentes personales: gran prematuro (33 semanas) y CIR, estudiado en pediatría por sospecha de síndrome genético no filiado. Retraso psicomotor leve. vive con sus padres y hermana. Escolarizado, con vida activa e independiente. Déficit de GH. Hipotiroidismo. Agenesia renal izquierda. Atrofia de tronco de encéfalo, silla turca pequeña y aneurisma cerebral en seguimiento. Acné. Intervenido de hipospadias, criptorquidia y hernia inguinal izquierda. A tratamiento con levotiroxina e isotretinoína. Historia actual: derivado por médico de atención primaria tras presentar cuadro sincopal presenciado por su madre, acompañado de pérdida del control de esfínteres y rigidez mandibular. Posterior recuperación parcial con dificultad para el habla y la marcha, con pérdida de fuerza en hemicuerpo derecho. Se intenta activación de 'Código Ictus', que se deniega. El paciente ha estado ingresado hasta hace 48 horas en relación a sepsis de origen urinario (E. coli multisensible) y sinusitis maxilar derecha (a tratamiento con Cefuroxima 500mg cada 12 horas). Exploración física: Constantes normales. Consciente. Glasgow 15. Inquieto. Lenguaje poco fluente sin clara afasia. Obedece órdenes sencillas. Hemiparesia 2/5 braquio-cubital derecha. No otra focalidad neurológica. Resto de exploración normal. Pruebas complementarias: analítica completa con PCR 114, pH 7,55, Leucocitos 12670 (9370 neutrófilos), resto normal. Electrocardiograma, radiografía de tórax y TAC craneal, sin hallazgos agudos patológicos. Evolución: con el diagnóstico de probable parálisis de Todd en relación con crisis parciales complejas, el paciente se traslada en UVI móvil a hospital de tercer nivel para ingreso en Neurología. Se le realiza Resonancia Magnética Nuclear con imagen compatible con meningitis originada en sinusitis frontal derecha. Electroencefalograma compatible con encefalitis. Líquido cefalorraquídeo con disminución de glucosa y proteínas (cultivo negativo). Es tratado con antibioterapia de amplio espectro, con buena evolución, siendo alta a las 2 semanas con el diagnóstico de meningitis bacteriana de origen no filiado con probable crisis epiléptica secundaria, en relación con sinusitis frontal derecha.

Conclusiones:

Importancia del diagnóstico precoz y correcto tratamiento de las sinusitis, por las complicaciones que de ellas se pueden derivar. Crisis comicial como debut de meningitis aguda.

P-1512

EDEMA PALPEBRAL CON DIAGNÓSTICO INICIAL ERRÓNEO

P Toledano Sierra, S Zafar Iqbal-Mirza, P Jiménez Aranda, J Acosta Roca, E Espildora

Hospital Virgen de la Salud de Toledo

Palabras clave: esophageal perforation, emphysema, pneumothorax

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Se trata de una mujer de 82 años con factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II e hipercolesterolemia) e insuficiencia renal crónica estadio III secundaria a nefroangioesclerosis, que acude a urgencias por cuadro de dolor epigástrico y edema palpebral de escasas horas de evolución. Horas antes había sido valorada por su médico de atención primaria, pautándole salmometerin, pantoprazol, y polaramine por sospecha de cólico biliar y reacción alérgica. En urgencias: Exploración física: Constantes vitales normales. A la exploración general por órganos y aparatos destacaba edema palpebral derecho con enfisema subcutáneo en tórax y cuello, auscultación pulmonar murmullo vesicular disminuido en bases con roncus dispersos y en el abdomen dolor epigástrico sin signos de irritación peritoneal, con resto de exploración anodina. Pruebas complementarias. Analítica: Bioquímica en sangre: elevación de glucemia y creatinina (similar a sus valores habituales), con función hepática y pancreática normales. Gasometría venosa: acidosis metabólica. Sistemático de Sangre: leucocitosis con neutrofilia. Estudio de Coagulación: normal salvo fibrinógeno elevado. Ante el hallazgo en la exploración de enfisema subcutáneo progresivo en tórax, cuello y cara se solicita radiografía de tórax confirmandose dicho enfisema, además de visualizarse imagen compatible con neumomediastino. Se realiza Tac toracoabdominal con hallazgos compatibles con enfisema subcutáneo, mediastinitis, neumomediastino y neumotorax, secundarios a perforación esofágica. La paciente fue intervenida de urgencia, falleciendo horas más tarde en la unidad de cuidados intensivos.

Conclusiones:

La perforación esofágica supone un gran desafío clínico, ya que requiere de alta sospecha clínica y un manejo adecuado. Su morbimortalidad es elevada. La causa más frecuente es la iatrogénica, aunque también se asocia a rotura espontánea, relacionada con tumores o con la ingesta de cuerpos extraños. Los síntomas dependerán de la localización esofágica, el tamaño y el tiempo de evolución, aunque la tríada más frecuente es la presencia de dolor, fiebre y enfisema subcutáneo. El tratamiento suele ser quirúrgico, aunque en algunas ocasiones opta por el conservador.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1513

SÍNDROME DEL DEDO AZUL

L Hernández Castells, L Sánchez Amo, M Quero Escalada, MJ Domínguez García

Hospital de Fuenlabrada. Madrid

Palabras clave: ateroembolia, embolia por colesterol, síndrome del dedo azul

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Se trata de un varón de 57 años entre cuyos antecedentes personales más importantes destaca: Fumador de 30 cigarrillos día, bebedor habitual de dos vasos de vino diario, alguna cerveza y dos combinados en fin de semana, celulitis de miembro inferior derecho en 2011, cirugía esofágica hace más de veinte años, intervenido de fístula anal, apendicectomizado, no sigue tratamiento habitual. Acude al servicio de urgencias por cuadro de tres días de evolución de dolor en ambos pies. No había presentado fiebre, no viajes recientes, no relaciones sexuales de riesgo, no mascotas, no había presentado ninguna otra sintomatología. Exploración física: Afebril, normotenso, FC 106. Buen estado general. Consciente, orientado, normocoloreado, eupneico, boca séptica. Auscultación rítmica, sin soplos, murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos. Abdomen blando, no doloroso, sin masas ni megalias. Edema y eritema difuso en dorso de pie izquierdo que se extiende hasta tobillo, coloración gris-azulada en región plantar de todos los dedos de dicho pie y los tres primeros dedos del pie derecho. En plantas de ambos pies se observan lesiones eritemato-violáceas, de aspecto reticulado y bordes irregulares. Pulsos pedios positivos y simétricos bilaterales. En la analítica destacaba PCR (en plasma) 2.78 m/dl (resto de bioquímica básica con perfil hepático normal), plaquetas 608.000/microl (resto de hemograma normal). Hemostasia normal. Con juicio clínico de lesiones sugerentes de isquemia fue trasladado a la unidad de Cirugía Vascular de referencia, realizándose angio-TC de aorta torácica que descartó aneurisma de aorta abdominal, siendo diagnosticado de aterotromboembolismo distal y derivado al servicio de Hematología para estudio de trombocitosis.

Conclusiones:

En la ateroembolia múltiples depósitos pequeños de fibrina, plaquetas y restos de colesterol producen embolia a lesiones ateroscleróticas proximales o a sitios de aneurismas. Los ateromas aórticos grandes son la fuente de émbolos que pueden ocasionar isquemia de las extremidades. La ateroembolia a las extremidades suele alojarse en vasos de pequeño calibre de los músculos y la piel y por lo general no causan oclusión de grandes vasos por lo que suelen palparse los pulsos. En los sitios de embolias se observan áreas localizadas de dolor a la palpación, palidez y livedo reticularis.

P-1514

VARÓN DE 77 AÑOS CON ASTENIA TRAS UNA CIRUGÍA PROGRAMADA...

A Lorenzo Almorós, L Carabias Centeno, C Quispe Martínez, M Yus López, MC Nogales Nieves, J García Cañete, A Blanco García

Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Palabras clave: debilidad, astenia, miastenia gravis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 77 años con astenia progresiva tras cirugía programada de rodilla, sin dolor muscular con empeoramiento en los últimos 4-5 días. Asocia diplopía fluctuante, cambio en la voz, claudicación mandibular y disfagia mixta, sin otras alteraciones orgánicas. A la exploración física general destacaba palidez cutánea, sin dolor temporomandibular ni bocio o adenopatías. Auscultación cardiopulmonar y abdomen normales. Ausencia de edema, con pulsos distales conservados y buen aspecto de la herida quirúrgica. Neurológicamente pupilas isocóricas y normoreactivas, campimetría por confrontación normal. Ptosis palpebral izquierda, diplopía bilateral que mejora tras el reposo y leve disartria. Fuerza 4/5 en el miembro superior derecho y 3/5 en izquierdo, con 4-/5 en cuello. ROT ++/++++. Analítica: leucocitos $7.65 \times 10^3 \mu\text{l}$, Hemoglobina 12.5 g/dl , VCM 91.9 fl , plaquetas $342 \times 10^3 \mu\text{l}$, linfocitos $2.1 \times 10^3 \mu\text{l}$, Monocitos $0.5 \times 10^3 \mu\text{l}$, Neutrófilos $4.9 \times 10^3 \mu\text{l}$, Eosinófilos $0.2 \times 10^3 \mu\text{l}$, Basófilos $0.1 \times 10^3 \mu\text{l}$, VSG 15.00 mm/h , TP 11.8 sg , INR 1.08 , Glucosa 94 mg/dl , Urea 35 mg/dl , BUN 16 mg/dl , Creatinina 0.8 mg/dl , Bilirrubina total 0.6 mg/dl , Proteínas totales 5.9 g/dl , Calcio 8.6 mg/dl , fósforo 3.7 mg/dl , Filtrado glomerular (CKD-EPI) 86.13 , GOT 26 UI/l , GPT 11 UI/l , FA 104 UI/l , LDH 447 UI/l , Sodio 138 mmol/L , Potasio 4.7 mmol/L . Radiografía de tórax y TAC craneal sin alteraciones, electrocardiograma superponible a previos. Se plantea el diagnóstico diferencial entre: arteritis de células gigantes, hipertiroidismo, Síndrome de Guillain-Barré, enfermedad de la placa motora, déficit vitamínico del grupo B y síndrome paraneoplásico. Se ingresa al paciente en Neurología, resultando positiva la determinación de anticuerpos anti-receptor de acetilcolina (>80). En EMG se describe alteración de la transmisión neuromuscular (postsináptica) a nivel de la placa motora. Se realiza determinación de hormonas tiroideas y vitaminas, que resultan normales, así como TAC toraco-abdomino-pélvico, descartándose tumor. Se diagnostica de Miastenia Gravis primaria, iniciándose tratamiento con esteroides mg/kg/día vía oral, sin respuesta, por lo que se administran Inmunoglobulinas intravenosas (0.4g/kg/día) seguidas de esteroides orales.

Conclusiones:

La importancia de la sospecha en Urgencias de esta entidad es vital dada la potencial progresión a crisis miasténica respiratoria con la gravedad que implica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1515

DISELECTROLITEMIA (HIPONATREMIA E HIPOMAGNESEMIA)

MA Insausti Lorduy, O Oger, N López Laguna, M Merino García, L Sorbet Villanueva, I Oviedo Bermejo, L Yanguas Amatriain

Hospital García Orcoyen. Estella, Navarra

Palabras clave: magnesium deficiency, hyponatremia, arrhythmias, cardiac

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente pluripatológica que comienza con malestar general, vómitos alimenticios, cefalea cervico-occipital intensa junto con dos episodios sincopales. Tras valoración por los Servicios de Urgencia Rurales se objetiva importante hipotensión por lo que es derivada a Urgencias Hospitalarias. En Urgencias tendencia al sueño, con buena respuesta a órdenes sencillas, cefalea cervical, mareo y malestar general. No otra clínica. Exploración física con tensión arterial 84/58 (TA), frecuencia cardíaca (FC) 84 latidos por minuto (lpm), temperatura 36,4°C, saturación 98%. Resto de exploración normal, salvo tendencia al sueño, con buena respuesta a órdenes, así como lenguaje normal, pupilas isocóricas y normorreactivas, con resto de exploración neurológica normal. Como pruebas complementarias se realiza: Gasometría venosa: pH normal, 14000 leucocitos, creatinina 1,77 con hiponatremia de 123mEq/L y K 4mEq/L, lactato 17 y procalcitonina 0,331. ECG: Ritmo sinusal, 84 lpm, sin alteraciones. TAC Craneal que descarta patología aguda. Se inicia sueroterapia intensa (2500 ml) + Actocortina 100mg® en dos horas, sin remontar TA, por lo que ante la situación de shock, se traslada a UCI. Durante su estancia, comienza a presentar episodios de bradicardia sintomática alternando con taquicardia (sinusal con abundante extrasistolia auricular y ventricular). Las fases de bradicardia (hasta 30 lpm) cursan con hipotensión de 50 mmHg que responden a Aleudrina®, muy sintomáticas, con mareo, malestar general y vómitos alimenticios. Fases de taquicardia con tendencia a hipertensión reactiva inicial, y posteriormente nuevamente hipotensión. Se intenta tratamiento con Noradrenalina®, sin buena tolerancia por bradicardización extrema con episodios de BAV 2:1. Finalmente se decide la colocación de un marcapasos temporal, manteniendo posteriormente FC > 80 lpm. En controles analíticos posteriores presenta tendencia a la acidosis metabólica, disfunción renal, K 3,5, hiponatremia con valor de 126. Dadas las alteraciones del ritmo presentadas se solicita magnesemia, apreciándose valores < 0,06mg/dl, no leucocitosis. Tras la administración de sulfato de magnesio, progresiva estabilización hemodinámica, con retirada de marcapasos y perfusión de Dopamina®. Normalización de función renal y de magnesemia

Conclusiones:

Destacar que la principal manifestación de hipomagnesemia son las arritmias cardíacas, que de no ser reconocidas y tratadas, pueden ser fatales.

P-1516

DIPLOPÍA, OTRO RETO

R Rodríguez Herrero, MA Álvarez García, J Lecumberri Muñoz, MJ Fernández Vázquez, P de la Fuente Laso, V García Faza

Hospital de Cabueñes. Gijón, Asturias

Palabras clave: diplopía, nervio oculomotor, seno cavernoso

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción. La diplopía binocular representa el 70% de los casos de diplopía. Se debe a un desajuste en el movimiento conjugado de ambos ojos por una alteración en la alineación de ejes visuales. Puede aparecer como un síntoma aislado o junto a otras entidades. Caso: Varón 51 años sin antecedentes. Refiere visión doble desde el día previo conduciendo, con dificultad para distinguir distancias, persistiendo tras ocluir cualquier ojo, con periodos cortos en que desaparece. No ptosis, cefalea, náuseas/vómitos. No episodios previos. No traumatismos. Exploración física: MOE normal, diplopía horizontal, sin fatigabilidad, en mirada lateral derecha e izquierda, no paresia en la abducción. No nistagmus. Campimetría por confrontación normal. Resto exploración normal. -Analítica: Normal -TAC craneal: Sin hallazgos Diagnóstico diferencial. Alteraciones vasculares Tumoral Síndrome seno cavernoso Miastenia Gravis Esclerosis múltiple Ingresa para completar estudios -Serologías: negativas. -Angiografía cerebral con RMN: Comunicación embrionaria carótido-basilar, arteria trigeminal primitiva, desde tercio inferior del tronco basilar y se dirige hacia la carótida interna izquierda intracavernosa en la porción medial. Aumento de calibre de carótida interna izquierda. Oftalmología: Endotropía con afectación de VI par, no limitación ni aumento de la endotropía en lateroversiones para saber qué lado es el afectado o si es bilateral. Impresión diagnóstica: Diplopía fluctuante en mirada extrema horizontal, sin fatigabilidad y sin evidencias de estrabismo. Malformaciones congénitas polígono de Willis, con aumento de calibre de ACI izquierda y arteria trigeminal persistente pudiendo comprimir PC oculomotores en el seno cavernoso o en su trayecto. Evolución y comentarios: Se trata con piridostigmina oral sin mejoría. Alta con recomendaciones de vida normal y oclusión alternante de los ojos. Discusión: La atención a los pacientes con diplopía en el Servicio de Urgencias implica una adecuada exploración que incluya todas las posiciones de la mirada, así como establecer si existe un estrabismo o bien determinar si hay alteración de algún PC oculomotor. No debemos olvidar explorar el resto de pares craneales.

Conclusiones:

La aparición de diplopía en un paciente joven obliga a descartar enfermedades neurológicas como la miastenia gravis y la enfermedad desmielinizante, aunque no debemos olvidar las alteraciones vasculares y el síndrome del seno cavernoso.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1517

SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Z Soneira Rodríguez, MB Negueruela García, M González Ruiz, FM Mateo Chaparro, G Sgaramella, M Lata Torres, C Fernández Pereda

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras clave: thrombotic microangiopathy, atypical hemolytic uremic syndrome, complement activation

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Descripción del caso: Paciente de 21 años con antecedentes personales de Encefalitis en la infancia con retraso mental severo como secuela, dependiente para actividades básicas, no tratamiento habitual. Hermano fallecido por síndrome hemolítico urémico (SHU). Acude a urgencias por cuadro de 8 días de evolución de fiebre, vómitos, deterioro del estado general y dificultad para caminar en las últimas horas. No otra sintomatología acompañante. Exploración Física: TA 240/170 mmHg, FC 55 lat/min, F.R 12 resp/min, Sat.O₂ 100% (VMK 100%), T° 36°C. Petequias generalizadas. PVY baja. ACP: Rítmica, no soplos, buena ventilación bilateral. Abdomen anodino, sin masas ni megalias. EEL sin edemas, sin signos de TVP. Pruebas Complementarias: Hemograma: 14.200 leucocitos/mL (89% segmentados), Hb 12.5g/dL, Hto 33.6%, V.C.M 86fL, 107.000 plaquetas/mL. Bioquímica: Glucosa 180mg/dL, Urea 79 mg/dL, Creatinina 2.33g/dL, Na 134mEq/L, K 3.5mEq/L, LDH 920U/L, TnT0.14. Coagulación: Act. de protrombina 82%, Fibrinógeno 498mg/dL. Rx de tórax:normal. ECG: RS a 50 lpm, elevación del ST en V1,V2, V3 y aVR, descenso en II, III y aVF. EyS: Urobilinogeno +. Leuco-, Sedimento: hematíes/campo 20-30, leucocitos/campo: 10-15, presencia de cilindros hialinos y cilindros hialinos granulados. TAC craneal: Hemorragia intraventricular masiva con punto de sangrado activo en cuarto ventrículo, posiblemente secundaria a fístula o malformación arteriovenosa. Determinación enzimática ADAMTS13: 83,3% (< 5% indicativo PTT). Juicio clínico: síndrome hemolítico urémico atípico (SHUa). Diagnóstico Diferencial: SHU, púrpura trombocitopénica trombótica (PTT).

Conclusiones:

Ingresa en Nefrología con posterior traslado a cuidados intensivos tras mal control tensional, crisis tónico clónica y coma, que no revirtió tras manitol, intubación-ventilación mecánica y estabilización hemodinámica con posterior exitus. El SHUa está causado por una desregulación de origen genético de la activación de la vía alternativa del sistema del complemento sobre superficies celulares, que condiciona el desarrollo de microangiopatía trombótica sistémica. Clínicamente se caracteriza por la tríada anemia hemolítica microangiopática no inmune, trombocitopenia y disfunción renal aguda, siendo la manifestación extrarrenal más frecuente las neurológicas (48%). Enfermedad rara con incidencia en Europa de 0,11 casos/millón de habitantes de entre 0 y 18 años, con muy mal pronóstico y elevada morbimortalidad.

P-1518

ENCEFALITIS POR TERATOMA OVÁRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

M Sacristán Román (1), Y Cartagena Pérez (2), C Sarabia Cárcel (3), M Castán Lagrava (3), M Conesa Nicolás (4), M Villamor Villarino (5)

(1) Centro de Salud Espinardo, (2) C.S San Andrés, (3) C.S Alcantarilla, (4) C.S Espinardo, (5) C.S El Palmar. Murcia

Palabras clave: peripheral vertigo, ataxia, cerebellar syndrome, paraneoplastic

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 28 años sin alergias medicamentosas conocidas, ni factores de riesgo cardiovascular, con antecedentes de tiroidectomía total por bulto tiroideo benigno, útero bicorne intervenido y monorrena congénita. Acude a urgencias por fiebre, vómitos, dolor abdominal y mareo de dos días de evolución, siendo dada de alta como gastroenteritis aguda y probable vértigo periférico, con observación domiciliaria. A los tres días acude de nuevo a urgencias por persistencia de mareo con sensación de giro de objetos, vómitos y dificultad severa para la marcha. Presenta REG, T° 36°C, TA: 120/60, FC: 80lpm. Eupneica en reposo. La exploración general es normal. En exploración neurológica destacan cierta bradipsiquia, movimientos oculares involuntarios con sacadas en todas las posiciones de la mirada, multidireccionales, arrítmicos que persisten al cerrar los ojos, compatibles con opsoclonus. ROT normales con aumento del área reflexógena y clonus aquileo agotable. Ataxia truncal y de cuello severa. Resto en la normalidad. Se solicitan analítica, ECG, Rx tórax y TC craneal siendo normales. Se realiza punción lumbar destacando leucocitosis. Ante clínica y hallazgos de LCR, se comenta con neurólogo de guardia, quedando ingresada por sospecha de proceso autoinmune postinfeccioso o paraneoplásico. En planta de neurología se le realiza RMN cerebral siendo normal, ecografía ginecológica hallando formación ovárica derecha compatible con teratoma quístico de pequeño tamaño y morfología muy atípica, y TC toraco-abdominal, encontrando imagen de teratoma ovárico de 1.4cm en ovario derecho. Se decide ooforectomía derecha laparoscópica, con anatomía patológica compatible con ovario con quistes foliculares luteinizados e imagen de teratoma ovárico maduro. Tras intervención quirúrgica, presenta mejoría progresiva de los síntomas neurológicos, siendo dada de alta con control ambulatorio.

Conclusiones:

En múltiples ocasiones, nos encontramos pacientes que presentan sintomatología que nos sugiere una patología banal, por lo que no debemos obviar ningún signo o síntoma. Es de vital importancia hacer una anamnesis e historia clínica adecuadas con exploración física completa, sobre todo ante un paciente que acude a urgencias por el mismo motivo de forma reiterada, aunque las pruebas complementarias sean normales. Además, destacar la relevancia de realizar una exploración neurológica exhaustiva ante la presencia de cualquier focalidad neurológica, ya que nos puede aportar mucha información sobre el diagnóstico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1519

HIPOCALCEMIA A CAUSA DE HIPOMAGNESEMIA POR CONSUMO CRÓNICO DE OMEPRAZOL

C Ramió Lluch, L Ferrer Caballé, L Navarro Cortés,
D Sandoval Acevedo

Hospital Josep Trueta. Girona

Palabras clave: hipocalcemia, hipomagnesemia, inhibidor bomba de protones

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Hombre de 43 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia renal crónica por nefropatía diabética, dislipemia, clínica de pirosis en tratamiento con omeprazol 20mg/24h desde hace más de 15 años, metformina/sitagliptina, insulina detemir, glicazida, ácido acetilsalicílico, atorvastatina, losartán/hidroclorotiazida. Consulta por clínica de cuatro días de evolución de malestar y debilidad generalizada, parestesias faciales y extremidades, alteración de la marcha y diarreas. En la exploración física destacaba signo Trousseau y Chvostek positivos, el resto sin hallazgos patológicos. Los datos del laboratorio mostraban creatinina 2.65 mg/dL (normal 0.5-0.9), calcio 5.6 mg/dL (normal 8.6-10.2), magnesio 0.6 mg/dL (normal 1.7-2.55), fósforo 4.4 mg/dL (normal 2.7-4.5), parathormona 69 pg/mL (12-66). El electrocardiograma no mostraba alteraciones. Se monitorizó al paciente y se procedió a reposición intravenosa de calcio y magnesio. Se ingresó a endocrinología para estudio y continuar reposición iónica vía oral, quedando asintomático. Se orientó como hipocalcemia grave en paciente con hipomagnesemia con antecedente de consumo crónico de omeprazol e insuficiencia renal crónica agudizada. Se suspendió el tratamiento con omeprazol. Los niveles vitamina 25OHD eran bajos, pero el perfil tiroideo, cortisol y estudio eje renina-angiotensina-aldosterona fueron normales. Fue dado de alta a consultas externas de endocrinología para seguimiento, se mantenía asintomático con la suspensión del inhibidor de la bomba de protones (IBP) y con recuperación ad integrum de magnesio y calcio en los análisis de control.

Conclusiones:

La hipomagnesemia grave puede causar hipoparatiroidismo e hipocalcemia, al deteriorar la secreción y causar resistencia de la parathormona. El magnesio se absorbe a nivel intestinal, y se filtra y reabsorbe a nivel renal. La causa de hipomagnesemia por los IBP podría ser causada por inhibición de la absorción intestinal, pero no ha sido dilucidado el mecanismo por el que se produce esta alteración. Aunque el número de casos descritos hasta la actualidad es muy pequeño, es posible que esta patología esté infradiagnosticada, además se ha observado que en todos los casos revisados tomaban ARAII o antagonista del calcio simultáneamente. Los IBP son utilizados muy ampliamente para patología péptica, son eficaces y con pocos efectos adversos, pero a veces hay uso inapropiado y excesivamente prolongado, sin razones clínicas que lo justifiquen.

P-1520

MIOCARDITIS SECUNDARIA A PROCESO AUTOINMUNE NO FILIADO

J Grandío Gómez, M Hernández, A Cortés Salgado,
A Conejero Deltell

Hospital Ramón y Cajal. Madrid

Palabras clave: miocarditis, autoimmune diseases, heart diseases

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 41 años con reciente diagnóstico de asma extrínseco, que acude a Urgencias por cuadro de malestar generalizado en contexto de posible cuadro pseudogripal con pico febril de 38°C, tratada en un primer momento con Azitromicina sin mejoría clínica. Empeoramiento en días posteriores manteniendo picos febriles vespertinos, acompañado de astenia generalizada, hiporexia, sudación nocturna y artromialgias de predominio en región cervical. Refiere diarrea de hasta 6 deposiciones diarias en última semana que relaciona con toma de Metamizol. A mayores en últimos días aparición de lesiones petequiales en palmas de las manos y abdomen que desaparecen con la presión. Niega aumento de tos ni expectoración patológica, aumento de disnea, dolor torácico, ni clínica de origen miccional, Niega viajes recientes ni picaduras de insectos. A su llegada presenta pico febril de 38,5°C retirándose hemocultivos y urocultivo. En analítica se objetiva importante leucocitosis con desviación izquierda, con importante aumento de RFA con PCR de 205 mg/dl y Procalcitonina de 4,12. Lones y función renal conservada. Se objetiva importante aumento mantenido en seriación de enzimas cardíacas (1,5→1,8) y CK de 442. Se realiza ecocardiograma sin alteraciones y con función sistólica conservada. Se mantiene con telemetría continua en servicio de Urgencias durante 24 horas y antibioterapia. Una vez estabilizada, se ingresa a la paciente como cuadro de Miocarditis secundaria a proceso sintético (de etiología viral VS autoinmune). Durante su ingreso, tras realización de TAC body, biopsia cutánea y estudio inmunológico (con anticuerpo lúpico positivo), se confirma Poliangeítis con eosinofilia con afectación pulmonar, cardíaca, gastrointestinal, SNP, cutánea y ORL, iniciándose tratamiento esteroides con buena evolución, y posteriormente con fármacos biológicos.

Conclusiones:

Se trata de una enfermedad de baja incidencia, de mayor prevalencia en varones de 45 a 55 años. Se considera como vasculitis de pequeño y mediano vaso, asociado a eosinofilia, granulomas necrosantes y asma. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son las de origen pulmonar y cutánea, así como cardíacas, renales, musculocutáneas y digestivas son mucho menos frecuentes. Sin recibir tratamiento, hasta el 50% de los pacientes mueren en un periodo de 3 meses desde el inicio de la vasculitis, sobretudo con compromiso cardíaco asociado.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1521

DOCTOR, ME DUELE LA ESPALDA

T Mondéjar Solís (1), M Montes Novelar Jordán (2), C Hernández Tuda (1), M Sainz de Andueza (1), M Rodrigo Rodríguez (1), O Zhygalova (1), N Díez López (1)

(1) Hospital Universitario de Burgos, (2) Hospital Comarcal Medina del Campo. Burgos

Palabras clave: osteoporosis, pain, chronic

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

MOTIVO DE CONSULTA: Dorsolumbalgia, de 1 año de evolución, secundaria a caída accidental. HISTORIA CLÍNICA: Mujer de 64 años de edad, diagnosticada de Osteoporosis, en tratamiento con Risedronato mensual y Calcio. Acude a urgencias refiriendo una Dorsolumbalgia, de 1 año de evolución, secundaria a una caída accidental. Dolor de características mecánicas, que ya no cede en reposo y aumenta al final del día. Notable deterioro del descanso nocturno, con dificultad para la conciliación del sueño. EVA inicial: 8. En la exploración física, destaca la presencia de un dolor selectivo a la presión y percusión ósea sobre las apófisis espinosas de D6, D11, L3 y L4. La movilidad activa de raquis está muy limitada por dolor, especialmente en extensión. EXAMENES Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS: Se solicita una radiografía simple de columna dorsal y lumbar, en dos proyecciones, donde se evidencian múltiples aplastamientos vertebrales coincidiendo con los niveles citados. TRATAMIENTO: Tratamiento farmacológico inicial: Paracetamol-Codeína 1 comprimido/8 horas. Tras ser valorada en nuestro Servicio, se decide iniciar pauta farmacológica con Tapentadol 50 mg (1 comprimido/12 horas), previa retirada de Paracetamol-Codeína, y se asocia tratamiento rehabilitador basado en magnetoterapia y termoterapia profunda. RESULTADOS: Tras un mes de tratamiento, la paciente refiere mejoría, con una importante disminución en la intensidad del dolor (EVA: 5) y un consecuente aumento de la capacidad funcional relacionada con la movilidad raquídea. Persiste dolor nocturno. Se aumenta la dosis de Tapentadol a 100 mg (1 comprimido/12 horas) y se revisa al mes. En la revisión, la paciente refiere una desaparición casi completa del dolor, con ausencia de clínica que impida la conciliación del sueño. EVA: 1. DISCUSIÓN: Las fracturas vertebrales sintomáticas generalmente debutan como un dolor dorsal o lumbar agudo. La mayoría de estas fracturas pueden tratarse adecuadamente mediante un corto periodo de reposo o una modificación de la actividad, analgésicos de segundo/tercer escalón y una ortesis. El riesgo de dolor crónico aumenta con el número de niveles vertebrales fracturados

Conclusiones:

El Tapentadol, se presenta como una interesante alternativa para el control del dolor crónico en pacientes con fracturas vertebrales osteoporóticas, permitiendo aumentar su nivel actividad y contribuyendo, de esta forma, a la prevención de complicaciones derivadas de la inmovilidad. Además, cabe destacar, la repercusión directa, que genera sobre la calidad de vida del paciente e indirecta sobre el impacto sanitario de este tipo de patologías.

A-1522

¿UN CUADRO CONFUSIONAL ATÍPICO?

H Alonso Valle, E Peraíta Fernández, N Cruz Dunne, V Arranz García, S Rubio Sánchez, L Prieto Lastra, N Odriozola Romillo

Servicio Urgencias. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras clave: mixedema, hipotiroidismo, urgencia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 70 años que acude a urgencias por Traumatismo craneoencefálico. La familia refiere deterioro neurológico progresivo en últimas semanas con caídas ocasionales. Al examen físico se mostraba estuporosa, sin signos neurológicos focales. Era llamativa la presencia de bradicardia, alopecia, caída de cola de las cejas y voz cavernosa. En los datos analíticos destacaba la aparición de hipoglucemias repetidas e insuficiencia respiratoria global. El diagnóstico de sospecha fue el de coma mixedematoso confirmándose con la objetivación de T4L < 0,023 ng/dl y TSH > 100 mIU/L.

Conclusiones:

La presencia de cuadros neurológicos de instauración subaguda obligan a una historia clínica adecuada, dirigida no sólo a descartar causas neurológicas, sino también enfermedades sistémicas potencialmente graves y de curso fatal en caso de inadecuado diagnóstico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1523

INTERVENCIÓN EN VARÓN DE 50 AÑOS CON CEFALEA

**C Marinero Noval, I Lobo Cortizo, D Cuetos Suárez,
M Gordo Bravo, I López Menéndez**

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Palabras clave: cefalea, vómito, glioma

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente acude a Urgencias por cefalea holocraneal y desorientación de tres meses de evolución. Día anterior aumenta considerablemente de intensidad, impidiéndole desempeñar su trabajo con normalidad. Esa misma noche comienza con vómitos biliosos explosivos, respuestas y comportamiento incoherentes. Niega traumatismo craneoencefálico, alteraciones de la visión, fuerza o sensibilidad. No describe sintomatología respiratoria ni cardiológica. No alteraciones del hábito intestinal ni otra clínica de interés. **ANTECEDENTES PERSONALES** Abogado. Deportista. No hábitos tóxicos. No otras enfermedades de interés. No tratamiento habitual. **EXAMEN FÍSICO** Consciente, orientado en tiempo y espacio. Colaborador. Bradipsíquico. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. AC: RsCsRs. Sin soplos. **ABDOMEN:** anodino. **MMII:** no edemas ni signos de TVP. **NEUROLÓGICO:** Pupilas isocóricas y normorreactivas a la luz. Facial centrado, IX, X, XI pc normal. MOE conservado sin nistagmo acompañante. Fuerza, tono y sensibilidad normal en 4 extremidades. Disimetría derecha. Marcha espontánea con ligera lateropulsión derecha. Romberg: caída hacia lado derecho. Lenguaje adecuado, bradilalia y dificultad ocasional para la nominación. RCP: flexor bilateral. Signos meníngeos: negativos. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.** Analítica: normal Placa de tórax: normal. TC de cráneo urgente sin contraste intravenoso: tumoración frontal que atraviesa la línea media, compatible con tumoración glial primaria. **DIAGNÓSTICO FINAL:** Glioma frontal con infiltración de cuerpo calloso.

Conclusiones:

Si el paciente hubiese acudido con anterioridad y periodicidad al centro de salud para consultar los síntomas y signos que iban progresando, se hubiera podido derivar a Neurología y haber realizado el diagnóstico con rapidez, pudiendo modificar así el estadio y aumentando la supervivencia de nuestro paciente.

A-1524

GINGIVORRAGIA EN MUJER JOVEN EN URGENCIA DE TRAUMATOLOGÍA

M Genebat González, A García Olloqui, A Sánchez Canto

Urgencias Traumatológicas, Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Palabras clave: gingivorragia, leucemia aguda, hematoma espontáneo

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 25 años, sin antecedentes personales de interés. Acude a urgencias de traumatología derivada por médico de atención primaria por cuadro de tres días de evolución de sangrado oral, ante la sospecha de patología oral para valoración por cirugía maxilofacial. La paciente niega antecedente traumático, no procedimientos dentales recientes. Lleva dos días tomando antibioterapia empírica (amoxicilina/clavulánico), prescrita por médico de atención primaria. Niega fiebre o dolor gingival. En la anamnesis dirigida a su llegada a urgencias refiere sangrado espontáneo en sábana por cavidad oral desde hace dos días, intermitente y sin respuesta a antibioterapia o medidas de hemostasia. Niega episodios previos de sangrado espontáneo, no toma de fármacos, no fiebre, no lesiones cutáneas. A la exploración destaca: estabilidad hemodinámica, eupneica en reposo, buen nivel de conciencia, buena perfusión periférica, palidez mucocutánea franca. Estado general conservado. No se palpan adenopatías en cadenas laterocervicales, supraclaviculares, axilares ni inguinales. Cavidad oral: sangrado espontáneo en sábana, sin respuesta inicial a medidas de hemostasia locales, no muguet. No se identifica punto sangrante. Auscultación cardiopulmonar sin soplos y con murmullo vesicular conservado. Abdomen blando y depresible, con peristaltismo presente y sin megalias. Destaca la presencia de múltiples hematomas no tensos distribuidos por ambos MMII, con petequias en dorso de ambos pies. Ante la sospecha de hemopatía maligna se solicitó en área de urgencias una analítica con hemograma, coagulación y bioquímica, en la que destacaba: leucocitos totales $99.9 \times 10^9/L$, neutrófilos $0.0 \times 10^9/L$, plaquetas $11 \times 10^9/L$. El frotis de sangre periférica mostró celularidad compuesta 90% por células blásticas de gran tamaño, con elevada relación nucleocitoplasmática, núcleos indentados y frecuentemente bilobulados, con cromatina ligeramente condensada, y 1-2 nucleolos, no bastones de Auer, trombopenia severa. Ante estos hallazgos se cursó ingreso en Hematología, donde se completó estudio y se confirmó el diagnóstico de Leucemia aguda mieloblástica M3/Variante Hipogranular(CD56-) hiperleucocitósica, iniciando tratamiento específico.

Conclusiones:

La presencia de una urgencia monográfica de traumatología tiene algunas ventajas a la hora de optimizar la asistencia a los pacientes. Sin embargo, hay que tener un alto grado de sospecha ante la posible presentación de pacientes con síntomas aparentemente traumatológicos que enmascaran patologías médicas graves.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1525

SÍNTOMAS VARIADOS Y DISTINTOS PROBLEMAS

**B Peleteiro Cobo, R Cuadra San Miguel, E Méndez Rodríguez,
G Fernández Fernández, JR Casal Codesido, FJ García García,
MT Fernández Rivas**

Hospital El Bierzo. Ponferrada, León

Palabras clave: astrocytoma tumor, gangrenous appendicitis, surgery treatment

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón, 51 años presenta cuadro lentamente progresivo de adormecimiento en cuatro miembros con sensación dolorosa distérmica bilateral de predominio en muslos, de tres semanas de evolución. Discreta torpeza manipulativa y en deambulación. Refiere sensación de cinturón torácico mamario que ha comenzado hace 24 horas junto con mareos, sudoración, náuseas y vómitos. Estreñimiento. Febrícula. AP: NO AMC, lumbalgia de repetición. Tratamiento: Gabapentina. EF: REG, COC, NH, NC, 37.8°C, TA 110/70, 98lpm. Exploración neurológica: Pares craneales normales, fuerza prácticamente normal, dudosa paresia distal en cuatro miembros para evasión de pies y torpeza manipulativa bilateral. No clonus. Hipoestesia al pinchazo desde D4 con predominio derecho bilateral. Coordinación normal. ACP, Rx tórax y ECG: Normal. Abdomen: Globuloso, Blumberg positivo. Analítica: Destacable leucocitos 21.100(77% N, 6%C) Eco-TAC: En FID, estructura tubular engrosada con contenido denso en su interior, fondo de saco ciego de 12mm de espesor en relación con apéndice inflamado. Intervenido de urgencia, evidenciándose un apéndice gangrenoso adherido al peritoneo parietal y edema de íleon terminal, confirmándose posteriormente mediante anatomía patológica. Evolución favorable, por lo que el paciente ingresa en Neurología. Análítica general y serologías: Sin hallazgos. Rmn de columna y craneal: Lesión intramedular expansiva de localización central a nivel del soma de T6 de 10x7mm. Bien definida. Se realiza de forma intensa y homogénea tras administración de gadolinio. No se identifican otras lesiones. Hallazgos compatibles con ependimoma o astrocitoma. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Colecistitis aguda. Perforación gastroduodenal. Adenitis mesentérica. Tumor cerebral. Metástasis. Enfermedad desmielinizante. **DIAGNÓSTICO FINAL:** Apendicitis aguda gangrenosa. Tumoración intramedular dorsal. **EVOLUCION:** Permanece estable. Mejoría inicial tras dosis de corticoides. Traslado al servicio de neurocirugía para IQ. Se confirma astrocitoma pilocítico.

Conclusiones:

El astrocitoma pilocítico es un tumor glial de bajo grado. Presente principalmente en niños y adultos jóvenes. Se localiza alrededor del IIIHV ventrículo, quiasma óptico o hipotálamo. Suele cursar de forma silente pero puede dar clínica neurológica. El tratamiento consiste principalmente en resección completa con curación total o RT como coadyuvante. La apendicitis aguda gangrenosa, sigue siendo la de peor pronóstico ya que se acompaña de mayor mortalidad debido a perforación y peritonitis. La clínica puede ser desde levemente sospechosa a muy florida. Hoy en día tratamiento por vía laparoscópica.

A-1526

LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ENMASCARADA POR UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

**M Cárdenas Antón, L Pancorbo Fernández, J Beteta Moya,
P Olmedo Carrillo**

Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén

Palabras clave: hemorragia subaracnoidea, síndrome coronario agudo, diagnóstico diferencial

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 82 años con antecedentes personales de hipertensión, diabetes, insuficiencia renal crónica, cardiopatía isquémica revascularizada e isquemia arterial periférica, derivado a urgencias hospitalarias por el 061 por haber sufrido un síncope tras cuadro de dolor torácico y cefalea del que se recupera con relativa rapidez. En el electrocardiograma (ECG) se observa infradesnivelación de ST en V4- V6, II, III y aVF con ligero aumento de troponina I. Presenta Glasgow 15/15 sin focalidad neurológica, se establece diagnóstico de síndrome coronario agudo sin elevación de ST (SCASEST) y se inicia tratamiento antianginoso. Durante el ingreso, mejora la clínica de dolor torácico pero persiste cefalea que se achaca a dicho tratamiento. Posteriormente, inicia deterioro neurológico con Glasgow 8/15. Se realiza TAC craneal urgente que se informa como hemorragia subaracnoidea extensa, hidrocefalia incipiente que condiciona efecto masa y signos de edema cerebral. Se realiza drenaje ventricular externo y se deriva a neurocirugía y neuroradiología del hospital de referencia, donde realizan embolización de un aneurisma complejo de comunicante anterior. El objetivo de este caso clínico es realizar una revisión basada en la evidencia científica de la relación entre HSA y alteraciones electrocardiográficas, las cuales se producen por una disfunción hipotalámica por el efecto irritativo de la sangre en el espacio subaracnoideo.

Conclusiones:

Las alteraciones electrocardiográficas que se presentan en una HSA se asocian a una mayor lesión miocárdica, alteración del patrón contráctil y mal pronóstico. Además, estos cambios pueden ser similares a los de una isquemia miocárdica aguda, por lo que es importante realizar un diagnóstico diferencial entre ambas patologías.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1527

TROMBOSIS VENOSA PORTAL, CAUSA POCO FRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL

Al Nogales García, DA Feliz Rodríguez, MR Sanz de Barros,
A Crespo Giménez

Hospital Infanta Sofía. Alcobendas, Madrid

Palabras clave: dolor abdominal, vómitos, trombosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO: Varón de 85 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, AIT con disfagia motora, hipertrofia benigna de próstata y enfermedad de Alzheimer, que sigue tratamiento habitual con AAS, fluvastatina, trazodona, dutasterida/tamsulosina, rivastigmina, hierro oral, metformina, primidona, omeprazol y quetiapina. Acude a urgencias derivado de residencia por cuadro de fiebre de hasta 38.5°C, dolor abdominal intenso y dos vómitos alimenticios, 3 días antes había presentado vómitos que se autolimitaron. EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: T° 37.6°C, TA 178/102 mmHg, FC 117 lpm, Sat O2 92%. Auscultación cardiopulmonar anodina. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación a nivel de hipocondrio derecho. Ruidos hidroaéreos disminuidos, sin masas ni megalias, ni signos de irritación peritoneal. Murphy positivo. Exploración neurológica normal. Analítica: bilirrubina total 4.4 mg/dl, bilirrubina conjugada 3.24 mg/dl, GPT 124 U/L, GOT 80 U/L, fosfatasa alcalina 424 U/L, PCR 84 mg/L EKG: taquicardia sinusal a 120 lpm no bloqueos, no alteraciones agudas de la repolarización. Radiografía tórax: sin hallazgos. Radiografía simple abdomen: sin hallazgos. ECO abdominal: exploración dificultosa con visualización parcial de algunos órganos. Sin signos ecográficos que sugieran colecistitis. TAC abdominopélvico: trombosis aguda de porta izquierda intrahepática y más dudosa de porta principal. JUICIO CLÍNICO: Trombosis aguda de porta izquierda intrahepática y más dudosa de porta principal. Colestasis secundaria a trombosis portal. Probable colangitis infecciosa. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Colecistitis aguda, pancreatitis.

Conclusiones:

El dolor abdominal es uno de los síntomas más frecuentes de consulta en la urgencia, siendo primordial el diferenciar procesos leves que pueden demorarse de aquellos más graves que requerirán una actuación urgente, en muchos casos quirúrgica. Es importante valorar las características, cronología e intensidad del dolor, si bien, en ocasiones tiene escasa relación con la gravedad del mismo, por lo que habrá que estar alerta a otros síntomas asociados y seguir su evolución.

A-1528

¿QUÉ OCURRE? NO PUEDO MOVERME

B Peleteiro Cobo, E Méndez Rodríguez, R Cuadra San Miguel,
B López Prada, C Astorgano de la puente, D Rodríguez Álvarez,
MJ Corullon Fernández

Hospital El Bierzo. Ponferrada, León

Palabras clave: neuroleptics, fever, encephalopathy

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer 70 años, presenta bajo nivel de consciencia. La familia refiere que durante ese día ingesta de agua abundante que posteriormente vomita. Febrícula sin otra clínica. No TCE previo. AP: No AMC, Síndrome ansioso depresivo IQ: Colectectomía. Tratamiento: Mirtazapina, Rivotril, Sycrest 5 EF Y PC: MEG, consciente, no orientada ni colaboradora, TA 140/90, 90lpm, SaO2 91% 39°C Neurológicamente: Estuporosa, rigidez generalizada. Solo contesta a estímulos motores. Resto anodino. ACP y abdomen: Normal. EELL: Ligeros edemas con fovea Analítica: Hemograma y coagulación normal. Bioquímica: Na 111, CK 8771, LDH 374(destacable) Sistemático de orina: Sedimento normal. Tóxicos en orina negativos ECG: normal GSV: PH 7.39, PCO2 36, PO2 38, lactato -2.84 Rx tórax: Dudosa condensación en base izquierda TAC craneal: Hipodensidad en sustancia blanca corona radiada izquierda, podría estar relacionado con isquemia subaguda. Hemocultivos, urocultivos y cultivo LCR: Normal En Urgencias, la paciente convulsiona, se produce deterioro mayor del nivel de consciencia con empeoramiento de su situación respiratoria a pesar del correcto tratamiento con Na. Se ingresa en UCI. DIAGNÓSTICO FINAL: ? Síndrome neuroléptico maligno. Hiponatremia grave. Infección respiratoria. Insuficiencia respiratoria DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Encefalitis. Meningitis. Vasculitis. Catatonía letal. Síndrome serotoninérgico o anticolinérgico. EVOLUCION Se precisó IOT. Se instaura tratamiento con Dantroleno. Mejoría de su estado cognitivo y rigidez. Debido a mal control TA se pauta diltiazem. El tratamiento con levofloxacino y cefotaxima instaurado inicialmente por sospecha de posible cuadro infeccioso es retirado a los diez días tras cultivos negativos y mejoría clínica (afebril desde el 2º día). El cuadro de hiponatremia hipoosmolar grave se resolvió mediante sueroterapia, aporte de electrolitos endovenosos y diuréticos con posterior cambio de tratamiento antidepressivo. Al alta, permanece clínica y hemodinámicamente estable

Conclusiones:

El SNM es una patología muy poco frecuente. Afecta más a hombres que mujeres. No guarda relación con la cantidad de fármaco administrado. Suele estar relacionado con neurolepticos de mayor potencia, pero tanto los de primera como segunda generación pueden producirlo siendo una patología letal, sino se trata de urgencia. Cursa con fiebre, encefalopatía y rigidez muscular, esta última puede ser tan importante que puede desencadenar infecciones respiratorias. El control óptimo de función renal puede evitar complicaciones graves. La elevación de CPK y LDH son característicos de este síndrome. Se utiliza para su tratamiento dantroleno o bromocriptina.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1529

SÍNDROME DE LERICHE COMO HALLAZGO CASUAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

FJ Castrillo Quiñones (1), RM Aparicio Alonso (2), O Mahrady (3), MC Teijeiro Bermejo (4), P Docampo Dameá (5), T Lobato Prieto (6)

(1) C.S. Santa Elena/Hospital Virgen de la Concha. Zamora, (2) SUH Hospital Virgen de la Concha. Zamora, (3) C.S Virgen de la Concha. Zamora, (4) C.S Parada del Molino. Zamora, (5) C.S Puerta Nueva. Zamora, (6) C.S Virgen de la Concha. Zamora

Palabras clave: exploración física, síndrome de Leriche, diagnóstico

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Leriche es una entidad que pertenece a las enfermedades oclusivas arterioescleróticas aorto-iliacas que se encuentran dentro de una entidad mayor, los síndromes oclusivos aórticos. La exploración sistemática en el servicio de urgencias es clave a la hora del diagnóstico del paciente y, ocasionalmente, puede mostrar signos que el paciente no percibe. Esto nos puede orientar hacia una patología por la que el paciente no consulta pero que puede ser grave como en el caso que nos ocupa. **Objetivos:** Exponer un caso de Síndrome de Leriche diagnosticado gracias a la exploración exhaustiva en el servicio de urgencias. **Paciente:** varón de 52 años fumador de un paquete de cigarrillos al día, Hipertenso sin tratamiento actualmente, dislipémico. Tratado con Simvastatina. Consulta por clínica de mareo inespecífico sin sensación de giro de objetos, ni cortejo vegetativo, ni alteración de la consciencia. Episodios previos similares. No dolor. **Método:** en la exploración se constata ausencia de pulsos femorales, poplíteos, pedios y tibiales posteriores en ambos MMII. TA (Tensión arterial) en miembros superiores asimétrica (MSD 173/93, MSI 121/77) y superior a la de miembros inferiores. Resto de la exploración sin alteraciones de interés. Ante la sospecha de Coartación aórtica se solicita TAC Aorta programado y cita con cardiología. Y se inicia tratamiento con Atenolol 50 mg/24 horas. **Resultados:** El paciente se realizó TAC Aorta programado, realizándose reconstrucción de imágenes en 3D, que es informado como: ¿síndrome de Leriche. Obstrucción de aorta abdominal y subclavia izquierda?. Ante estos resultados se localiza al paciente y se realiza entrevista dirigida refiriendo el paciente claudicación intermitente. Se solicita consulta con cirugía vascular y se recomienda abstinencia del consumo de tabaco, deambulación y se reinicia tratamiento antihipertensivo con ARAII.

Conclusiones:

A pesar del avance en las técnicas de imagen y de laboratorio, la exploración sistemática en el servicio de urgencias se muestra como una herramienta fundamental y fiable para el diagnóstico, incluso en aquellos casos en los que el paciente no consulta ni manifiesta sintomatología sobre la enfermedad finalmente diagnosticada.

A-1530

¿QUÉ NERVIIO ME DUELE?

L Pancorbo Fernández, D Fontecha Olid, P Olmedo Carrillo, M Cardenas Anton

Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras clave: neuralgia, parálisis facial, schwannoma

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 45 años con antecedentes personales de migraña, trastorno adaptativo en seguimiento por Salud Mental. Fumadora, sin otros hábitos tóxicos. Acude por cuarta vez en 5 meses por dolor en hemicara derecha a modo de calambre intenso tipo quemazón desde la base de la lengua hasta el ángulo mandibular de un minuto de intensidad máxima y posteriormente se mantiene constante aunque de menor intensidad, en los últimos días la frecuencia de los paroxismos se ha intensificado y se irradia hasta región occipital derecha, interfiere el descanso nocturno y se reproduce con gestos cotidianos como hablar, masticar. Se acompaña de mareo con sensación de inestabilidad coincidiendo con el dolor mas intenso, sin pérdida de conocimiento. Al principio del cuadro presentó parálisis facial derecha con debilidad para la oclusión palpebral, desde entonces lagrimeo al masticar. Ha seguido tratamiento con Carbamacepina 200 mg cada 8 horas y Tramadol 50 mg cada 8 horas con escasa respuesta. En la exploración en Urgencias solo destaca hiperalgesia en hemicara derecha. En las pruebas complementarias discreta leucocitosis con neutrofilia y en TAC craneal no hay cambios patológicos significativos. Se decide ingreso en Neurología para completar estudio y ajuste de tratamiento con sospecha de dolor de origen neuropático. En RMN de cráneo: en el foramen yugular derecho lesión moderada en maza bien delimitada, de unos 10x7 mm, que expande dicho foramen y remodela la pared ósea inferior del oído interno. La lesión se encuentra en relación con vena yugular interna derecha y presenta un marcado realce homogéneo con el contraste I.V. Los hallazgos podrían estar en relación con Schwannoma yugular, siendo otra posibilidad menos frecuente el paraganglioma yugular.

Conclusiones:

El schwannoma o Neurinoma es una neoplasia benigna, de crecimiento lento. Surge de la vaina de mielina que rodea a los nervios y está compuesta de células de schwann y una matriz de colágeno. Los del foramen yugular son infrecuentes, pueden tener su origen en IX, X y XI par craneal, el que prevalece es el del IX par o glosofaríngeo. Los síntomas suelen estar en relación al nervio afectado.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1531

DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO DE ETIOLOGÍA TUMORAL. ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL ASOCIADO

MA Morales Mármol, M Palomino Páez, R Izquierdo Bonillo

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Palabras clave: adenocarcinoma, embolia pulmonar, dolor abdominal

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 39 años, sin antecedentes personales de interés consulta en varias ocasiones a urgencias y a su médico de atención primaria por dolor en epigastrio irradiado a hipocondrio derecho de 4 meses de evolución intermitente, asociado a vómitos sin productos patológicos con mejoría tras analgesia, con control analítico dentro de la normalidad en todas las ocasiones excepto en la última que consulta a urgencias por intensificación del dolor sin mejoría con analgesia ni IBP, con vómitos sin productos patológicos, aportando ecografía abdominal de centro privado con diagnóstico de colelitiasis sin complicación. Analítica: Hb 7, Hematocrito 24.4%, Neutrofilia sin leucocitosis, Coagulación dentro de la normalidad, Bilirrubina total 1.01, LDH 925, transaminasas normales, PCR 260.56. Se realiza ecografía abdominal ante persistencia de dolor donde se objetivan lesiones hepáticas sugestivas de metástasis. Se amplía estudio con TC con Contraste I.V. de Tórax y Abdomen con diagnóstico de Tromboembolismo pulmonar basal derecho, hígado metastásico, con lesiones pulmonares de significado sospechoso, y grandes conglomerados adenopáticos a nivel epigástrico y en hilio hepático, visualizándose lesión a nivel del fundus vesicular que podría corresponder con primario. Tras realización de BAG con diagnóstico de Adenocarcinoma bien diferenciado de vía biliar extrahepática, presenta cuadro de hemiplejía izquierda realizándose TAC de cráneo considerándose ICTUS isquémico extenso en territorio de arteria cerebral media derecha con efecto masa. La paciente ha precisado transfusión de tres concentrados de hematíes, así como anticoagulación por TEP. Pasando a la unidad de paliativos ante el pronóstico infausto de la misma.

Conclusiones:

El reto del médico de Urgencias ante paciente con dolor abdominal recurrente, es la filiación previa a analgesia por posibilidad a enmascaramiento del cuadro. Así como realización de diagnósticos diferenciales ante la persistencia del cuadro con control analítico dentro de la normalidad, a pesar de tener en cuenta la evolución poco frecuente del caso descrito.

A-1532

OBSTRUCCIÓN INTestinal TRAS INGESTA DE PESCADO

MC Pérez Hueto, A Pérez Ruiz, RA Serrano Benavente

Hospital Comarcal de la Axarquía. Málaga

Palabras clave: bowel obstruction, abdominal pain, anisakis simplex

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer, 43 años, sin alergias conocidas. Acude a urgencias por presentar desde hace 4 días vómitos biliosos, con intolerancia a alimentos, dolor, distensión abdominal y estreñimiento. No fiebre. Exploración física. TA: 136/82 mmHg, Frecuencia cardiaca: 104 lpm, T°: 36 ° C. Mal estado general, deshidratación de piel y mucosas. Abdomen: Blando, distendido, doloroso a la palpación generalizada, más intenso en epigástrico, sin signos de irritación peritoneal. Pruebas complementarias: Hemograma: Leucocitos 14.210. Bioquímica: Creatinina 3,37 mg/dL, Sodio 122 mEq/L. TAC abdominal: Distensión de asas de intestino delgado con cambio de calibre a nivel del íleon preterminal, multitud de líneas refringentes móviles en su interior, sugestivas de larvas de parásitos (Anisakis). Diagnóstico final: obstrucción intestinal secundaria a anisakis. Evolución: antecedente de consumo de boquerones en vinagre. En planta se administra fluidoterapia intensa, tratamiento con corticoides y albendazol, al alta resolución del cuadro obstructivo. DISCUSIÓN. El anisakis puede provocar enfermedad por hipersensibilidad inmediata (IgE) y alteraciones en tubo digestivo. Las manifestaciones alérgicas son urticaria, angioedema y shock anafiláctico. Las manifestaciones gástricas cursan con epigastralgia intensa, vómitos y a veces, hemorragia digestiva alta. En la afectación intestinal existe engrosamiento y edema en la pared intestinal, el segmento más afectado es el íleon terminal. Se manifiesta como abdomen agudo, obstrucción intestinal, a veces perforación intestinal, ascitis hemorrágica o síndrome malabsortivo. Las formas colónicas son infrecuentes. En la forma obstructiva se recomienda tratamiento conservador, sin demostrar eficacia los antihelmínticos. Los corticoides pueden reducir el edema parietal. La mayor fuente de contagio son los boquerones en vinagre, el mejor tratamiento es la profilaxis, se debe congelar el pescado a 20 ° C durante 48 horas o cocinarlo calentándolo a más de 60 ° C durante 2 minutos.

Conclusiones:

La obstrucción intestinal por anisakis es una complicación rara e infra-diagnosticada, precisa de una detección endoscópica del parásito, esto no es fácil ya que la larva se aloja en el íleon y es imposible su visualización endoscópica. En nuestro caso una correcta anamnesis que nos confirma la ingesta de pescado y mediante pruebas de imagen (TAC abdominal) se llega al diagnóstico, evitando la necesidad de adoptar medidas más agresivas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1533

MI VOZ NO RESPONDE Y AHORA TAMPOCO PUEDO TRAGAR

R Rojas Luáa, A Cantero Sandoval, JM Marín Martínez,
P Manzur Rojas, ME Torres Marín, C Martínez Ros

Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia

Palabras clave: disfonía, blefaroptosis, disfagia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

AP: Hipertensión. hipotiroidismo. Tratamiento crónico: covals 1 al día, eutirox 100/día. Mujer de 79 años que consulta por presentar disfagia progresiva que inicia desde hace 4 días, actualmente a líquidos. Se amplía la anamnesis refiriendo que desde hace un año inicia cuadro con aparición de cansancio que empezó con ptosis bilateral a predominio vespertino y desde hace 3-4 meses la voz también se le cansa y presenta disfonía que no le permite tener conversaciones. Ha consultado en varias ocasiones a su Médico de atención primaria quien comprueba que hormonas tiroideas estaban dentro de rango e interconsultó a ORL. Exploración: TA:176/89mmHg, FC:75 lpm, T:36°C. Habla hipófona aparece al conversar. Ptosis bilateral (mejora con test hielo reapareciendo en 3 min) fuerza bilateral disminuye con fatigabilidad. resto normal. Analítica: G:113, creat: 0.62, Na:140, K:4.9, Hb:13.5, leuc: 6790 rx torax: sin hallazgos. Evolución: Se comenta caso con Neurología quien decide ingreso a su cargo. Se inició tratamiento empírico con inmunoglobulinas y piridostigmine con mejoría total de los síntomas. Se solicita anticuerpo anti receptor acetilcolina. antimuskl. Diagnóstico: Miastenia Gravis Diagnóstico secundario: HTA Hipotiroidismo.

Conclusiones:

La miastenia Gravis es una enfermedad autoinmune que anticuerpos contra receptores de acetilcolina interrumpiendo su función en la unión neuromuscular dando como resultado debilidad muscular a predominio de músculos bulbares, faciales y proximales. Síntomas frecuentes: ptosis bilateral, diplopía, disfonía, disartria, debilidad facial, disfagia. La incidencia es de 1 de cada 100000, mas frecuente en la segunda y tercera década de vida en mujeres. La debilidad muscular da complicaciones como: neumonía aspirativas y caídas. Pudiendo llegar a fallo respiratorio. Los diagnósticos diferenciales son: botulismo, hipotiroidismo, tirotoxicosis, síndrome miasténico Lambert-Eaton, parálisis periódicas secundarias y hereditarias.

A-1534

UNA EMERGENCIA NEUROLÓGICA EN VÍA PÚBLICA

P Gutiérrez García (1), N Banegas Masiá (2), H Bergaz Díez (3),
C Barbero García (3), I Gómez Gajete (3)

(1) Hospital Universitario Río Hortega, (2) Samur-Protección Civil.
Madrid, (3) Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Palabras clave: estatus epiléptico, convulsiones, tratamiento de emergencia

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Varón joven de edad desconocida, sin techo, que presenta en vía pública (andén de Metro de Madrid) pérdida de conciencia brusca con movimientos tónico-clónicos continuados (20min) sin recuperación y relajación de esfínter urinario. Exploración física: Glasgow 3 (O1 V1 M1), normocoloreado, normohidratado, TA 95/54, Sat O2 92%, T° 37.1 °C, FR 12 rpm, sin signos desnutricionales, auscultación cardiaca taquicárdica sin soplos, a la auscultación pulmonar presentaba roncus generalizados, con exploración abdominal y extremidades inferiores sin hallazgos. Hipótesis Diagnósticas: Estatus epiléptico idiopático, por intoxicación exógena, trastorno metabólico, infección del SNC, enfermedad cerebrovascular, TCE previo, tumor cerebral primario o metastásico, cambio o incumplimiento de tratamiento en epiléptico ya conocido. Exploraciones complementarias: Se le realizó un ECG con monitorización continua en el que presentaba un ritmo de taquicardia sinusal a 150 lpm, glucemia 189mg/dl, analítica in situ en la que destacaba: K+ 5.9, pH 6.70, pCO2 154.8, pO2 26.9 (venosa), GAP 17 con resto de valores hallados sin alteraciones significativas. Diagnóstico: Estatus Epiléptico convulsivo. Evolución: Realizamos un reconocimiento general comenzando tratamiento coordinado de emergencia, administramos midazolam 7mg intranasal, cediendo parcialmente las convulsiones, continuamos con paracetamol 1gr iv, fenitoina 250 mg iv en 75 cc SSF y fentanilo 75 µgr iv y nuevo bolo de midazolam 5mg iv, asegurándonos de la vía aérea del paciente pasando rocuronio 42 mg iv, para proceder a la intubación orotraqueal. El paciente llegó al hospital con signos vitales mantenidos, cediendo parcialmente el estado convulsivo, ingresando en U.C.I donde se continuaron los cuidados.

Conclusiones:

El estatus epiléptico es una emergencia neurológica que requiere una atención inmediata y coordinada. La causa más frecuente en pacientes epilépticos es el cambio o el incumplimiento de la medicación y en los no epilépticos las lesiones vasculares, traumáticas, tóxicas y metabólicas, en nuestro caso paciente epiléptico conocido ocasionado por el incumplimiento e imposibilidad económica para costearse el tratamiento. El pronóstico dependerá de la causa, edad, tipo de estatus y duración del mismo, la mortalidad intrínseca es del 1-7% aunque la mortalidad global puede llegar al 20%, por ello, el reconocimiento y el tratamiento debe ser lo más precoz posible, más si se trata de emergencias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1535

PERFORACIÓN ESOFÁGICA

JM Palomero del Río, J Martínez Illera, S Juárez de Sosa,
C Gómez Sánchez, S Paredes Carcedo, R Hernández Cardona

Hospital Universitario de Burgos

Palabras clave: perforación, esófago, endoscopia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 31 años que acude a Urgencias por cuadro de 12 horas de evolución de disfagia tras atragantamiento. Refiere sensación de cuerpo extraño a nivel del tercio medio del esófago. Se realiza endoscopia digestiva identificando en el tercio inferior del esófago un bolo alimentario impactado logrando la extracción de este. Tras la extracción se aprecia desgarro y laceración de la mucosa subyacente, con inmediata crepitación en la zona cervical del paciente. Se realizan radiografías de tórax y abdomen confirmado la presencia de neumoperitoneo, neumomediastino y enfisema subcutáneo. Confirmado el diagnóstico de Perforación del tercio distal del esófago el paciente ingresa en Cirugía General. Se realiza tratamiento conservador con resolución del cuadro clínico sin necesidad de tratamiento quirúrgico.

Conclusiones:

La perforación esofágica es un cuadro poco frecuente. La causa más frecuente es la iatrogénica (60% de los casos), seguida de la espontánea o síndrome de Boerhaave. Es una entidad grave con elevada morbimortalidad. El tratamiento de elección es quirúrgico, pudiéndose realizar tratamiento conservador con nutrición enteral, antibióticos e inhibidores de la bomba de protones en aquellos casos en que no pueda realizarse tratamiento quirúrgico.

A-1536

ICTERICIA: DIAGNÓSTICO POR EXCLUSIÓN

P Montalvá García, P Arcas Juan, N Arroyo Pardo,
E Gómez Gómez-Mascaraque, F Favá García, A Ardila Soto

Hospital El Escorial. Madrid

Palabras clave: colestasis, ictericia, fármacos

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 92 años, acude por ictericia de 3 días de evolución sin coluria, dolor abdominal, acolia ni prurito. No Sd. Constitucional, no fiebre, no alteraciones del tránsito GI. Tratamiento: Cosopt, Enalapril, Furosemida, Paracetamol, Omeprazol, Atorvastatina, Deflazacort, Alopurinol, Carbonato cálcico, Pradaxa. El paciente presenta palidez cutánea con ictericia franca y subconjuntival, sin otros hallazgos relevantes acompañantes. En analítica objetivamos hiperbilirrubinemia (6,5 mg/dl) a expensas de bilirrubina directa (4,9 mg/dl) con hipertransaminasemia asociada. Resto de parámetros, radiografía tórax y abdomen dentro de los límites de la normalidad. En ecografía abdominal se objetiva coleditis sin signos de colecistitis aguda y sin dilatación de la vía biliar. Tras interconsulta con Servicio de Cirugía General se deriva a nuestro Hospital de referencia para realización de pruebas complementarias y descartar patología tumoral. Se realiza nueva analítica con elevación de marcadores tumorales (Antígeno CA19-9 286.0 U/ml). Proteinograma, serología VHB y pruebas inmunológicas negativos. En TAC tóracoabdominal se objetiva coleditis sin dilatación de vía biliar ni lesiones focales en parénquima pancreático. Se realiza colangiografía (normal).

Conclusiones:

DISCUSIÓN: denominamos ictericia a la coloración amarillenta de la piel, escleras y mucosas debido al aumento de la bilirrubina sérica. Clínicamente no es evidente hasta que los valores de Bilirrubina en sangre no superan los 3 mg/dl. Diagnóstico diferencial: Hiperbilirrubinemia indirecta: aumento en la producción de bilirrubina, déficit en el transporte plasmático y captación hepática, alteración en la conjugación de la bilirrubina. Hiperbilirrubinemia de origen mixto: lesiones hepatocelulares aguda, subaguda y crónica. Hiperbilirrubinemia directa: alteración en la excreción hepática y biliar, colestasis intrahepática y extrahepática. Ante la negatividad de las pruebas complementarias, se plantea la hipótesis de una causa medicamentosa. Se retiran Digabatrán y Atorvastatina, evidenciando mejoría significativa. **Diagnóstico final:** Colestasis intrahepática de origen farmacológico. **CONCLUSIÓN:** ante una ictericia franca debemos recoger todos los antecedentes personales y medicamentosos que pudiesen estar relacionados con dicha patología. La ausencia de una causa orgánica que justifique el cuadro orienta el estudio hacia agentes externos farmacológicos, tóxicos o medioambientales.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1537

DOLOR ABDOMINAL Y NACOS. UN CASO DE SANGRADO ESPONTÁNEO

E Lagares Santana, M Moreno Fernández, M Rodríguez Ventura

Hospital Regional de Málaga

Palabras clave: abdominal pain, hemorrhage, anticoagulation

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 80 años con antecedentes médicos de hipertensión arterial y fibrilación auricular permanente en tratamiento con Losartan 100, Doxazosina 4 y Dabigatran. Intervenido de colestectomía. Presenta cuadro de dolor abdominal en flanco izquierdo con sudoración profusa de inicio súbito de menos de 6 h de evolución. A su llegada a urgencias presenta hipotensión con buena respuesta a fluidoterapia y dolor con EVA de 8. Se realiza TAC abdomen con contraste objetivándose sangrado adrenal izquierdo activo por lo que se decide aortografía urgente realizando embolización con glue-bran vehiculizado con lipiodol siendo efectivo. Durante su estancia en UCI y planta de hospitalización la evolución es satisfactoria y es dado de alta a la semana.

Conclusiones:

Aunque los nuevos anticoagulantes presentan un perfil de seguridad alto en cuanto a los cuadros hemorrágicos nuestra primera sospecha ante un cuadro de dolor abdominal con importante cortejo vegetativo debe ser el hemorrágico y por lo tanto ante dicha sospecha el paciente debe ser valorado en el hospital, controlando el dolor y, sobre todo, la tensión arterial.

A-1538

¡NO BEBER MÁS DE DOS LITROS DE AGUA!

C Alfaro Gómez (1), E Gómez Cuenca (1), J Monedero La Orden (1), A Ayelo Navarro (1), AB Perona Moratalla (1), C Martínez Sanchís (1), MD Rodríguez Martínez (2)

(1) Hospital General de Almansa, (2) C.S. Bogarra. Albacete

Palabras clave: hiponatremia, SIADH, estatus epiléptico

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 60 años, con antecedentes de epilepsia en forma de crisis parciales complejas desde los 10 años de edad en tratamiento con levetiracetam y aneurisma cerebral con hemiparesia derecha residual, presenta clínica progresiva de disartria y aumento de la base de sustentación de la marcha mientras estaba en la sala de espera de urología. A la entrevista clínica tan solo se objetiva desorientación temporal sin otras alteraciones. A los 30 minutos de su llegada a Urgencias mientras espera resultados de analítica que se solicitó comienza con movimientos generalizados tónico-clónicos, relajación de esfínteres y anisocoria, que cede con diazepam IV, por lo que pasa a observación de urgencias. Allí se reentrevista al familiar acompañante y relata que nunca había presentado un episodio de similares características. Al preguntarle si había tomado su medicación habitual o había realizado alguna actividad extraordinaria comenta que lo único diferente es que había bebido mucho más agua de lo habitual (habla de 7 posibles litros) para la realización de ecografía urológica. Tras esto se solicitan niveles de sodio en sangre obteniendo valores de 117 mmol/L sin otras alteraciones relevantes. Se comienza con suero hipertónico, furosemida, levetiracetam y clonazepam, presentando nuevas crisis que no ceden con diazepam y midazolam. Al presentar estatus epiléptico se opta por intubación orotraqueal tras inducción con propofol y ventilación mecánica. Se deriva a Hospital General Universitario de Albacete para ingreso en UCI. Allí se le realiza ECG observándose encefalopatía difusa leve y descargas epileptiformes intercríticas focales no objetivándose eventos epileptiformes críticos. A las 24 horas y tras normalizarse cifras de sodio, el paciente se extuba sin volver a presentar nuevos episodios convulsivos. Tras cuatro días ingresado en neurología es dado de alta sin presentar nuevos episodios hasta el momento actual.

Conclusiones:

El tratamiento de la hiponatremia aguda grave sintomática constituye una urgencia vital dado su mortalidad alcanza cifras de hasta el 15 por ciento. La hiponatremia aguda grave ocasional una encefalopatía metabólica, cuya fisiopatología es el edema cerebral. No hay referencias a intoxicación hídrica aguda en relación a una prueba médica sin patología psiquiátrica previa en la literatura revisada. ¡NO BEBER MÁS DE DOS LITROS DE AGUA!



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1539

HALLAZGO INCIDENTAL DE TUMOR TESTICULAR METASTÁSICO EN PACIENTE JOVEN CON DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS AGUDA

C González Pozo, M Tejón Ruiz, C Mateos Madrid

Hospital Comarcal de Antequera. Antequera, Málaga

Palabras clave: pancreatitis, neoplasia urológica, trombosis venosa

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 29 años que consulta en servicio de urgencias por dolor abdominal y vómitos. Como antecedente personal destaca bebedor habitual, resto sin interés. En exploración, abdomen blando, depresible, doloroso de forma difusa, llama la atención aumento de teste derecho, lo cual refiere el paciente llevar un año con dicho hallazgo. En analítica inicial destaca aumento de lipasa, en rango de pancreatitis, lo cual junto con la clínica inicial nos lleva al diagnóstico de pancreatitis aguda. Ecografía abdominal: destaca tumoración testicular derecha con ecoestructura heterogénea, hidrocele en teste izquierdo de aspecto homogéneo. Masa heterogénea retroperitoneal de 8,5 x 8,4 cm sugerente de conglomerado metastásico. El paciente es ingresado y se completa estudio con escaner abdominal, confirmando hallazgos de ecografía abdominal, y además presenta trombosis de vena cava inferior, como complicación añadida. Se inicia tratamiento anticoagulante para la trombosis y se programa intervención para orquiectomía unilateral derecha, en los próximos días. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica confirma seminoma clásico ampliamente necrosado con invasión de testis y epidídimo e invasión vascular. Se deriva a servicio de oncología donde actualmente está en tratamiento con quimioterapia con fines curativos. El estudio de extensión, solo se filió el conglomerado retroperitoneal.

Conclusiones:

La asistencia sanitaria realizada en los servicios de urgencias se convierte en una herramienta fundamental en el diagnóstico incidental de lesiones tumorales. La inmediatez en la realización de pruebas complementarias, y entre ellas las pruebas de imagen, hacen de los servicios de urgencias una herramienta eficaz y rápida en la captación de pacientes con este tipo de enfermedades.

A-1540

A PROPÓSITO DE UN CASO: DOLOR ABDOMINAL DIFUSO CONTROLADO CON ANALGESIA HABITUAL COMO PRESENTACIÓN DE ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL EN URGENCIAS

J González Bravo, M Morales Navarrete, R Zapata Bautista, R Cotofana, C García Ruiz, P Oliva Fernández, B Guerrero Fera

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Palabras clave: abdominal aortic aneurysm, abdominal pain, aortic diseases

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción: El aneurisma se define como una dilatación de las tres capas del vaso provocado por degeneración o producción anormal de los componentes de la pared aórtica (elastina y colágeno). Entre las causas más frecuentes está la aterosclerosis que predomina en los casos de aneurismas de aorta abdominal (AAA). La rotura suele ser la forma de debut. La triada dolor abdominal, masa pulsátil y shock está presente en el 50% de los casos de aneurisma roto y supone la presencia de rotura no contenida. En la rotura contenida, los pacientes presentan dolor abdominal y/o lumbar siendo el diagnóstico difícil si no se conoce la existencia previa del aneurisma, pues simula otras patologías. **Objetivo** Establecer como diagnóstico diferencial de dolor abdominal el AAA. **Método** Caso clínico: paciente que presenta dolor abdominal y acude a urgencias de su hospital. **Resultados** Varón de 77 años ex fumador, bebedor ocasional, hipertenso y dislipémico. AVC isquémico en 2008. Fibrilación auricular sin anticoagulación. **Tratamiento habitual** con: Omeprazol 20mg, Bisoprolol 2.5 mg, AAS 100 mg, Candesartan 32mg, Bilastina 20mg EA: paciente que acude por dolor abdominal difuso, que le despierta en la madrugada de 18 horas de evolución, sin cambios en el hábito intestinal, y relación con meteorismo como en otras ocasiones, esta vez más intenso. **Exploración física** Hemodinámicamente estable. ACR: anodina. SatO2 93% a/a. Abdomen: Blando y depresible, con leve dolor a la palpación profunda en hipogastrio, cierta defensa abdominal. No masa pulsátil. Ruidos hidroareos conservados. **Exploración neurológica** y de miembros inferiores anodina. **Pruebas complementarias** TC de abdomen: Dilatación aneurismática fusiforme de la aorta abdominal infrarrenal que presenta un trombo mural con signo de rotura inminente. Hematoma periaórtico. ECG: RS, Bloqueo AV de 1º grado, Descenso del ST en cara lateral, Q en DIII. - Bioquímica, hemograma y coagulación normal.

Conclusiones:

Se debe tener en cuenta el AAA como diagnóstico diferencial en el dolor abdominal en Urgencias, sobre todo ante pacientes con factores de riesgo cardiovasculares.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1541

SÍNDROME DE LA PERSONA RÍGIDA EN URGENCIAS

M Moreno Fernández, E Lagares Santana, F Muñoz Lara, A Martín Páez, S Ramírez Plaza, P Rodríguez-Villasont González

Hospital Regional de Málaga

Palabras clave: muscular rigidity, stiff person syndrome-treatment

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción: Los pacientes que acuden a urgencias con un cuadro clínico donde predomina un trastorno del movimiento agudo o subagudo es pequeño, pero importante de diferenciar ya que en muchos casos un error en el diagnóstico o el tratamiento puede llevar a una morbi/mortalidad importante. El Síndrome de la persona rígida o SPS (Stiff person Syndrome) es una enfermedad neurológica rara de etiología desconocida y caracterizada por rigidez progresiva. Descrito por primera vez en 1956 por Moersch y Woltman. Ámbito del caso: Paciente de 56 años de edad que acude a urgencias por presentar raquialgia completa que le ha empeorado en los últimos días sin ninguna otra clínica asociada, en estudio por Reumatología durante muchos años por un sdr fibromiálgico, con diversos tratamientos sin mejoría absoluta. A la exploración física destaca dolor en toda la musculatura axial con una hiperlordosis y rigidez en tabla de toda la columna. Pruebas complementarias realizadas sin alteraciones. Se le realiza tratamiento con miorelajantes tipo benzodiazepinas mejorando progresivamente la clínica de espasmo muscular agudo, procediéndose al alta con control en consulta de Neurología. Posteriormente se inició estudio en Neurología con diagnóstico final de posible SPS, desde entonces en seguimiento por Neuroinmunología en tratamiento con Inmunoglobulina con mejoría de las crisis de espasmo.

Conclusiones:

El SPS es un síndrome de aparición aguda o subaguda caracterizado por contracciones musculares tónicas fluctuantes y progresivas particularmente de la musculatura axial, en éste síndrome se caracteriza por una exagerada lordosis lumbar como hallazgos muy típicos junto con una hiperreflexia, se ha postulado que se trata de una enfermedad autoinmune, el diagnóstico es clínico, los anticuerpos anti-Decarboxilasa del ácido glutámico están presentes en un 80% de los casos, no es específico, la inespecificidad de la enfermedad demora su diagnóstico años. Diagnóstico diferencial con Diencefroléptico maligno, Síndrome serotoninérgico, hipertermia maligna, catatonía letal, psicosis aguda, parkinsonismo agudo, distonias agudas, mioclonías y trastroncos del movimiento en el ICTUS. El tratamiento agudo es con relajantes musculares que potencian la acción del GABA, como las Benzodiazepinas, actualmente se están haciendo ensayos con Inmunoglobulinas reduciendo la rigidez.

A-1542

¿QUÉ HAY DETRÁS DE ESTA CEFALEA CON EXOFTALMOS?

B Zwierzynska, J Toral Sánchez, J Sánchez Rodríguez, G Arcarazo Arrizabalga, N Urquia Mújica, J Pavón Monzo

Urgencias. Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

Palabras clave: Miller-Fisher, neurología, cefalea

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón 67 años sin FRCV conocidos, VIH + actualmente CD4 369 / uL y CV indetectable. EPOC enfisematoso con resección de bulla en LSI (2005). Trabajó como albañil, ahora pensionista. Desde hace 10 días, HTA de difícil manejo, mareos, visión borrosa, exoftalmos y cefalea pulsátil. Proceso cataral hace 2 semanas. A la exploración: COC, exoftalmos bilateral, midriasis bilateral hipo-reativa, disminución AV bilateral más acusado en OD, limitación movilización ambos ojos. Resto pares N. No alteraciones sensibilidad. Discreta dismetría de dedos, aumento base sustentación, marcha atáxica. Sin ningún dato a destacar en analítica. TAC: calcificaciones puntiformes sin efecto masas ni captación de contraste. Microbiología: detección del Ag. C. neoformans, serología Lues, micoplasma, VHB, VHC, CV negativos. RMN: discreto exoftalmos bilateral sin alteraciones en musculatura extrínseca. Electroneurograma: aumento latencias distales en 2 nervios en rango de desmielinización y velocidades de conducción límite en 2 nervios motores. Tras 17 días ingresado en MI, control HTA tras tratamiento combinado (calcioantagonistas+ARA II), recuperación casi completa de la clínica.

Conclusiones:

El síndrome de Miller Fisher es un cuadro neurológico periférico que se asocia en la mayoría de los casos a un proceso infeccioso sobre todo respiratorio o digestivo. El tiempo medio de aparición de los síntomas neurológicos tras la infección es de 1-2 semanas, y el diagnóstico se basa en demostrar la seroconversión. Se considera que se desencadena por un proceso autoinmune. La tríada típica de este síndrome la constituyen la oftalmoplejía, la ataxia y la arreflexia. Habitualmente se inicia con una limitación en la abducción y hay casos en los que no se produce una oftalmoplejía completa. Otros síntomas que pueden desarrollar son disfagia, disfonía, parálisis facial o insuficiencia respiratoria. La dificultad respiratoria es más frecuente en pacientes mayores y pueden precisar soporte respiratorio mecánico, teniendo peor pronóstico y mayor índice de recaídas. Ante la presencia de insuficiencia respiratoria debe descartarse un síndrome de Guillain-Barré. Estamos ante un caso poco frecuente con afectación de la motilidad ocular intrínseca, que ocurre sólo en el 37% de los casos. El SMF se describe como un cuadro benigno, y suele tratarse con inmunoglobulinas, que parece ser que aceleran la recuperación.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1543

DISARTRIA DESDE HACE DÍAS Y PÉRDIDA DE ESFÍNTERES

E Sánchez Torres (1), M Sola García (2), E Ruiz García (3)

(1) Centro de Salud José Barneo, Torredonjimeno, Jaén, (2) Centro de Salud El Valle Jaén, (3) Centro de Salud El Valle Jaén

Palabras clave: disartria, edad, rivaroxabán

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Enfoque individual: Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas, no hábitos tóxicos, no intervenciones quirúrgicas. Poliartrosis, hipertensión arterial, fibrilación auricular persistente, colestasis. Tratamiento habitual: rivaroxaban 20 mg / 24 h, atenolol 50 mg / 24 h y amiodarona 100 mg/ 24 h, metazolam 575 mg / 12 h. Anamnesis: Varón de 79 años que acude a urgencias hospitalarias refiriendo dificultad para hablar, pérdida de esfínteres y disminución de fuerzas en extremidades izquierdas. Desconoce la hora de inicio de los síntomas. Exploración: Paciente consciente, abre los ojos a la llamada. Responde a preguntas simples con evidente disartria. Pupilas isocóricas y reactivas. Paresia facial izquierda y hemiplejía izquierda. Auscultación cardiorespiratoria: tonos rítmicos sin soplos ni extratonos, murmullo vesicular normal. Abdomen blando y depresible sin visceromegalias. No edemas. Tensión arterial: 140 / 90 mmHg. Frecuencia cardíaca: 55 latidos por minuto. Pruebas complementarias: Analítica de sangre: Plaquetas: 207000. Leucocitos: 13480. INR 1,18. Resto normal. Radiografía de tórax: cardiomegalia moderada. Electrocardiograma: ritmo sinusal, eje a ochenta grados, QRS normal, no alteraciones del ST-T. TAC craneal: hematoma intraparenquimatoso de 60 x 42 mm en la región de los núcleos de la base derechos con extensión al sistema ventricular, con edema periférico y efecto masa, que comprime al ventrículo lateral derecho. Juicio clínico: Accidente cerebrovascular hemorrágico. Tratamiento, planes de actuación. Previamente al TAC se activó el código ictus, y tras descartar ACV isquémico, el paciente paso a valoración neuroquirúrgica que desestimó intervención por su parte. Está con oxigenoterapia, dieta absoluta, 1500 suero fisiológico / 24 h, sondaje vesical, medidas antiescara y pantoprazol de 40 mg/ 24 h. Evolución. Actualmente el paciente está en la unidad de cuidados críticos pendiente de evolución aunque tiene un pronóstico bastante desfavorable.

Conclusiones:

La aplicabilidad de este caso para Urgencias se basa en la importancia de ver al paciente en conjunto y actuar en consecuencia. En éste caso debido al control de una de las patologías que ya padecía el paciente y su profilaxis, se ha desencadenado un riesgo que a veces no tiene tratamiento, con un mal pronóstico en un paciente relativamente joven.

A-1544

DEBILIDAD DE MIEMBROS INFERIORES TRAS GASTROENTERITIS AGUDA

F Santamarina Carvajal, V Fuentes García, F Sabio Reyes

Hospital Universitario San Cecilio. Granada

Palabras clave: gastroenteritis, Guillain-Barré syndrome, paralysis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

HISTORIA CLÍNICA: ANTECEDENTES PERSONALES: NO patologías previas. ANAMNESIS: Mujer de 40 años con náuseas y vómitos de 4 días de evolución. No diarrea ni fiebre. Refiere desde hace 2 días, debilidad en piernas que le dificulta la marcha, provocándole una caída la pasada noche. EXPLORACIÓN FÍSICA: TA 128/62 mmHg, FC 100 lpm, SatO2 100% T° 36°C. Consciente y orientada, Bien hidratada y perfundida. Auscultación: normal. Abdomen: blando y depresible, sin dolor ni defensa. Exploración neurológica: no rigidez de nuca. Pares craneales normales. Claudicación de ambas piernas (fuerza 4/5). Hipoestesia distal. Reflejos rotulianos y aquileos ausentes. RCP en flexión. No afectación de miembros superiores. Marcha con aumento de base de sustentación. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: ANALÍTICA: Leucocitos 12.000 (Neutrófilos 80%), resto normal. LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO: 1 Leucocito, Proteínas 110, Glucosa 62mg, disociación albumino-citológica. Cultivo negativo. Serología: Rosa bengala (Brucelosis), VDRL (Sífilis) y Borrelia Burgdorferi (enfermedad de Lyme) negativos. SEROLOGÍA: Citomegalovirus, Epstein Barr, Varicela zoster. Herpes simple (1 y 2), Parvovirus B-19, Hepatitis B y C y HIV negativos. INMUNOLOGÍA: Ac. ANTIGANGLIÓSIDOS Negativos. -HECES: (microbiología): Campylobacter POSITIVO. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Enfermedades del sistema nervioso periférico: -Neuropatías hereditarias (Ataxia de Friedrich, etc). Neuropatías tóxicas (metales pesados, fármacos, pesticidas). Neuropatías metabólicas (uremia, diabetes, isquemia, déficit de vitamina B12). -Asociadas a enfermedades sistémicas (conectivopatías, paraneoplásicas e infecciosas). JUICIO CLÍNICO: S. GUILLAIN BARRÉ. EVOLUCIÓN: Rápida progresión ascendente de su paresia. El 2º día de su ingreso: TETRAPARESIA, ARREFLEXIA e HIPOESTESIA en manos y pies que se extiende a pared abdominal. PARESIA FACIAL bilateral. Retención aguda de orina e íleo paralítico. No insuficiencia respiratoria. Tratamiento con inmunoglobulinas más rehabilitación. Tras pasar 4 semanas evolución favorable.

Conclusiones:

DISCUSIÓN: El síndrome de Guillain-Barré (SGB) describe un espectro de neuropatías post-infecciosas de origen autoinmune. Debido a la similitud de algunos antígenos microbianos con los gangliósidos de la membrana neuronal, la respuesta inflamatoria contra dichos gérmenes ataca los nervios periféricos del propio paciente. Destacar en este caso la importancia de la exploración neurológica de la paciente a su llegada.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1546

PANCREATITIS AGUDA FARMACOLÓGICA, COMPLICACIÓN POR INGESTA DE CODEÍNA

A Sánchez Valencia, M Sánchez Ruiz, M Cillero Rodríguez,
I Moreno Montero, C Moreno Caycedo, J Paz Galiana,
L Alcalá Bustos

Hospital General de Tomelloso. Tomelloso, Ciudad Real

Palabras clave: pancreatitis, complicaciones, codeína

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 42 años, con antecedentes de depresión en tratamiento con Bromazepam y escitalopram, que tras discusión y previamente asintomática realiza ingesta con ideación autolítica de 6 comprimidos de lexatin y media botella de jarabe de codeína (unos 250 mg). Paciente acude con leve tendencia al sueño con varias horas desde la ingesta escasa epigastralgia tras dos episodios de vómitos. Persiste asintomática con analíticas evidenciándose aumento de amilasa hasta 1100 en descenso posterior, sin ninguna otra alteración analítica. En ecografía a las 12 horas sin signos de inflamación ni obstrucciones. En posterior ingreso con buena evolución sin encontrar una causa achacable que no sea medicamentosa.

Conclusiones:

Episodio de pancreatitis aguda no obstructiva sin antecedentes familiares que coincide en el tiempo con ingesta de a dosis elevadas de codeína, existen casos similares descritos en bibliografías pero en escasa cuantía. La pancreatitis medicamentosa son causa del 2% de las Pancreatitis agudas principalmente debidas al VIH y su tratamiento. En el caso de la codeína parecen estar medidas por la contracción del esfínter de Oddi y suelen llevar buena evolución con la retirada del fármaco y con evolución favorable en pocos días. Salvo casos similares con clara relación con la ingesta es difícil pensar en medicamentos como causa de pancreatitis aguda por lo que suelen infradiagnosticarse. Aunque generalmente de pronostico benigno o intermedio la mortalidad puede oscilar entre el 0-9% por lo que es conveniente que tengamos en cuenta la ingesta de fármacos como causa para evitar recidivas.

A-1547

PIENSA MAL Y ACERTARÁS

MP Lora Coronado (1), ML Millán Montilla (2),
J Aznárez Adelantado (1)

(1) Hospital de Jaén. (2) Bujalance, Córdoba

Palabras clave: anxiety, tetany, hypocalcemia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 28 años que consulta en Urgencias hospitalarias por sensación durante todo el fin de semana de parestesias y hormigueo en brazos, que había ido en aumento. Estando en sala de espera comienza con crisis de tetania, espasmos carpopedales y rigidez generalizada, que impresionan de crisis de ansiedad en primer lugar, según nos refiere enfermería, pero al acercarnos al paciente observamos herida de intervención quirúrgica en cuello. Comenzamos a realizar anamnesis y decidimos pasar al paciente a Observación, a la espera de resultados analíticos. No AMC, hernia de hiato en tratamiento con omeprazol, no cólicos renales, no fracturas patológicas, no patología cervical. El paciente nos cuenta que desde verano había comenzado con pérdida de peso, sin otros signos llamativos. Un día, en el contexto de un cuadro de vómitos y diarrea, en la analítica de urgencias se detectó hipercalcemia sin conseguir normalizar las cifras, por lo que se ingreso en planta. Exploración física dentro de la normalidad, salvo cuello que se palpa nódulo que tras ser estudiado con pruebas de laboratorio e imagen, es intervenido realizándose paratiroidectomía e hemitiroidectomía derecha por carcinoma de paratiroides. En nuestra analítica actual de este ingreso en urgencias encontramos cifras de calcio disminuidos y pensamos en primer lugar como causa de la tetania de nuestro paciente. Comenzamos a realizar tratamiento con calcio intravenoso hasta corregir valores y progresivamente empiezan a desaparecer los síntomas del joven y se transfiere a tratamiento con calcio y vitamina D vía oral e ingresa en planta de endocrinología, donde es estudiado y se descubre un tumor pardo, forma localizada de osteitis fibrosa quística, parte del compromiso óseo por hiperparatiroidismo.

Conclusiones:

La hipocalcemia por hipoparatiroidismo postoperatorio es infrecuente y variable entre 0.6-17%. Está relacionado con la magnitud de la cirugía (es muy infrecuente en las lobectomías unilaterales, y es poco habitual tras tiroidectomía subtotal) y con la experiencia del cirujano (resección inadvertida, desvascularización o succión del campo quirúrgico). De nuevo observamos como la anamnesis junto a la evaluación física y perfil bioquímico nos permite realizar un diagnóstico que aunque poco frecuente puede ser una emergencia médica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1548

PACIENTE TRASPLANTADO RENAL CON HERPES ZÓSTER DISEMINADO

M Gómez Martínez (1), M Bernad Barcos (2), O Recondo Goitia (3), MG Díaz Sánchez (4), M Martínez Morentín (5)

(1) OSI Bidasoa, (2) OSI Bidasoa, (3) Clínica La Asuncion, (4) HUD, (5) Emergencias. Donostia, Gipuzkoa

Palabras clave: herpes zóster, neuralgia postherpética, trasplante de riñón

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

ENFERMEDAD ACTUAL: Varón de 70 años, con antecedente de trasplante renal y fibrosis pulmonar en tto con medicación inmunodepresora (advagraf, myfrotic, prednisona), acude por fiebre de hasta 38°C y empeoramiento de sus lesiones cutáneas de herpes zóster. Inicio de las lesiones hace una semana con tórpida evolución. EXPLORACIÓN GENERAL: T° 37.6 Consciente y orientado. BEG. Eupneico. Bien hidratado y perfundido. PIEL: lesiones vesiculoampollosas ulceradas con pérdida de epidermis y supuración en región anterior y zonas necróticas ampollosas en zona dorsal (D5). Resto de exploración sin interés. EVOLUCIÓN: Se comenta con médico de guardia de Unidades infecciosas de hospital terciario de referencia y se deriva para ingreso y tto por su parte. Durante el ingreso se inicia tto con aciclovir iv al inicio y después oral. Se realizan curas tópicas con buena evolución de las lesiones cutáneas. El paciente presenta alucinaciones visuales en relación con aciclovir. En seguimiento en consultas, el paciente precisó tomar pregabalina por neuralgia postherpética con subida de dosis progresiva por mal control del dolor.

Conclusiones:

La neuralgia postherpética (NPH) es la complicación más frecuente del HZ. En pacientes con edades entre 60-70 años la prevalencia es mayor. Los factores de riesgo para padecer la NPH son la edad (a mayor edad más riesgo), síntomas prodrómicos sensoriales (parestias, dolor, etc.), severidad de las lesiones dermatológicas, severidad del dolor en el episodio agudo e inmunosupresión. Las indicaciones de tto antiviral en mayores de 50 años son: tratar a todos los pacientes dentro de las primeras 72 horas tras las aparición de lesiones o que después de 72 horas siguen apareciendo lesiones nuevas. En menores de 50 años no se recomienda de manera rutinaria el tto. Independientemente de la edad se recomienda tto si hay afectación oftálmica, inmunosupresión, síndrome de Ramsay Hunt, afectación dermatológica importante.

A-1549

EMERGENCIA HIPERTENSIVA, ANSIEDAD Y TETRAPARESIA

I Moreno Montero, M Sánchez Ruiz, A Sánchez Valencia, CA Moreno Caycedo, J Paz Galiana, L Alcalá Bustos, MM Cillero Rodríguez

Hospital General de Tomelloso. Ciudad Real

Palabras clave: hipertensión, accidente cerebrovascular, cefalea

Historia clínica:

Antecedentes personales: Sin alergias conocidas, diabético, hipertensión arterial, en estudio por neurología por sospecha de polineuropatía diabética. Ansiedad. Mal cumplidor de tratamiento. Tratamiento habitual: vidagliptina/metformina, glicazida, lyrica y zaldiar. Motivo de consulta: Paciente de 49 años, natural de Rumanía, residente en España desde hace 5 años, que consulta porque refiere hipertensión y cefalea frontal intensa desde hace 2 horas sin otra clínica. Exploración física. Buen estado general, ansioso. Eupneico en reposo. Normoperfundido, Normocoloreado. Auscultación cardio-respiratoria: sin hallazgos. Exploración neurológica: Ansioso, consciente y orientado, pupilas isocóricas y normoreactivas. Fuerza y sensibilidad conservadas. Vascular distal conservado. Camina con normalidad, Romberg negativo. Reflejos conservados. No rigidez de nuca ni otros signos menígeos. TA: 190/105 fe 100 lpm, temperatura 37.7°C. Glucemia: 200. Se administra medicación analgésica, hipotensora y benzodiazepinas de manera oral, pero el paciente continúa quejándose. Pruebas complementarias: analítica normal, Radiografía de tórax: destaca cardiomegalia, Electrocardiograma: ritmo sinusal a 160 latidos por minuto, PR normal, QRS estrecho, T invertida en V1, sin alteraciones agudas de la repolarización. Evolución 30 minutos más tarde, el paciente sigue con cefalea, se realiza TC craneal con conclusión de atrofia cerebral, signos de afectación isquémica crónica por arteriopatía de pequeño vaso. No se aprecian signos de isquemia aguda ni de hemorragia actualmente. La tensión Arterial es ahora 226/142 por lo que se inicia la administración de medicación intravenosa hasta tener perfusión de trandate y labetalol. Diagnóstico Diferencial: emergencia hipertensiva, encefalitis hipertensiva vs encefalitis infecciosa y se realiza punción lumbar sin hallazgos. El paciente, 5 horas más tarde, baja el nivel de conciencia hasta un glasgow 9/15, por lo que se traslada a la UCI intubado, con tensiones que no se controlan por completo. Diagnóstico: Se precisan de 3 meses de cuidados intensivos para dar de alta al paciente con diagnóstico no confirmado de Accidente cerebro vascular isquémico de tronco, con tetraparesia residual.

Conclusiones:

El caso es interesante porque permitió un manejo integral del paciente con presunta patología banal, que precisó de alta implicación del equipo, uso de medicación y técnicas avanzadas de la medicina de urgencias. En algunas ocasiones, tendemos a minusvalorar la clínica porque el paciente ha consultado en muchas ocasiones o porque tiene patología psiquiátrica previa, poniendo en peligro la vida del paciente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1550

DISAUTONOMÍA EN LESIÓN MEDULAR

H de la Torre Martí, M Martín Jiménez, P Molina Ávila, B Gutiérrez Parres

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid

Palabras clave: dysautonomia, spinal cord injury, urinary tract infection

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Objetivo: Describimos un cuadro de episodios de hiperhidrosis, bradicardia y alternancia de hipotensión e hipertensión arterial en un paciente con lesión medular. Material y métodos: Varón de 41 años de edad. Presenta lesión medular completa C6 ASIA A tras accidente de moto en 2001, con tetraplejia, sondaje vesical permanente por vejiga neurógena, estreñimiento e infecciones urinarias de repetición secundarias. Tratado con baclofeno, betahistina, tolterodina y movicol. Acude a Urgencias por episodios de hiperhidrosis intermitentes de 48 horas de evolución con un presíncope sin fiebre, dolor u otra sintomatología asociada. Niega trasgresiones del tratamiento habitual. La exploración física es anodina. Resultados: En las pruebas complementarias destacan 15-20 leucocitos por campo. Resto de analítica con iones, hormonas tiroideas y electrocardiograma sin hallazgos. TAC craneal normal. Se alternan durante la monitorización episodios de bradicardia e hipertensión arterial sintomáticos con períodos de frecuencia normal e hipotensión marcada. No se objetivan picos febriles ni descompensaciones glucémicas en Urgencias y se inicia tratamiento antibiótico empírico. Durante su hospitalización, los episodios de hipotensión ceden tras administración de actocortina por lo que se inicia tratamiento con fludrocortisona (0.1 mg diarios) con normalización de frecuencia cardiaca y tensión arterial. Se aisló Enterococo Faecalis sensible a Imipenem y tras cambio al mismo ceden los episodios de hiperhidrosis. Se descartan reacciones medicamentosas y causas neurológicas como origen del cuadro.

Conclusiones:

El trastorno por disautonomía en la lesión medular se basa en una activación inapropiada del sistema nervioso simpático por estímulos aferentes viscerales por debajo del nivel lesionado. La liberación masiva de adrenalina es responsable de las crisis hipertensivas y los baroreceptores mediante la inervación vagal conservada inducen bradicardia refleja. Se han descrito varios factores desencadenantes como las infecciones de tracto urinario o digestivo, fracturas o luxaciones pélvicas pero también procesos fisiológicos como la actividad sexual, el embarazo y el trabajo del parto. Es importante en lesionados medulares identificar dicho factor a fin de tratarlo precozmente. Igualmente se ha de realizar tratamiento de soporte con mineralocorticoides durante la resolución del cuadro, con controles periódicos de los niveles de potasio.

A-1551

CAUSA O EFECTO: SIADH

T Fernández Letamendi, N Fernández Letamendi, MP Oliete Blanco, S Alcalde López, P Cuadra Giméne, F López López

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Palabras clave: craneal trauma, somnolence, hyponatremia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 76 años con antecedentes de HTA y EPOC, acude a urgencias por caída y traumatismo craneal con mínima pérdida de conocimiento de unos minutos de duración con recuperación posterior no completa. A su llegada al hospital: TA:200/100 mmHg, FC:87 lpm, SatO2:95%, Glasgow:14. Afebril. AC: rítmico, sin soplos. AP:normoventilación bilateral. ABD: anodino. Expl.neuro: consciente, parcialmente orientado, tendencia al sueño, pares craneales conservados, pupilas reactivas y simétricas, fuerza y sensibilidad conservada, no signos menígeos, no rigidez. Marcha no valorable en ese momento. Pulsos periféricos presentes y bilaterales. No edemas ni signos de TVP. Se solicita ECG, As, Rx tórax y TAC craneal. En la analítica destaca glu:228, leucos:12.300, neutro:91%, Na: 130, K con muestra hemolizada y el TAC no es valorable para diagnóstico por los artefactos producidos por los movimientos incontrolados (el paciente sufre en sala de rayos oscilaciones del nivel de conciencia). Resto de las pruebas complementarias dentro de la normalidad. Pasa a sala de observación según protocolo establecido en nuestro hospital para vigilancia durante 24 horas de traumatismo craneal. Durante su estancia en sala de observación comienza con aumento de somnolencia, por lo que se solicita gasometría arterial de urgencias donde se constata sodio de 126. Se solicita nuevo TAC craneal. Esta vez se confirma la presencia de focos contusivos bifrontales de predominio izquierdo con pequeño foco temporal derecho. Efecto masa leve. Ante los nuevos hallazgos se solicita colaboración con servicio de neurocirugía para valoración de seguimiento y alternativa quirúrgica, quien recomienda ingreso en su planta para control evolutivo. Ante los hallazgos analíticos con sodio en torno a 130, se diagnostica desde urgencias al paciente de un posible SIADH probablemente secundario a TCE, se realiza restricción hídrica y urea, sin encontrar mejoría y necesitando complementar tratamiento con Tolvaptan (tratamiento seguido por geriatra del hospital en la planta de neurocirugía).

Conclusiones:

El SIADH pudo ser la causa de caída y posterior TCE, o lo que se sospecha es que el SIADH sea secundario al TCE (razón doble que justifica el ingreso), lo importante fue el diagnóstico precoz y la orientación diagnóstica que posibilitó el tratamiento inicial y posterior mejoría del paciente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1553

¿SÓLO GLUCEMIAS ELEVADAS?

**I Sánchez Manzano, E Jiménez Martínez, G Nacarino Moreno,
M Díaz Sánchez, M Neila Iglesias**

Complejo Hospitalario de Cáceres

Palabras clave: hiperglucemia, sepsis, shock cardiogénico

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

MOTIVO CONSULTA: Fiebre + hiperglucemia ANTECEDENTES PERSONALES: Hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus II. Intervenciones: Cáncer mama in situ, apendicectomía, amigdalectomía, osteomielitis miembro inferior izquierdo. ANAMNESIS: Mujer acude por 2ª ocasión a urgencias por fiebre y glucemias elevadas, siendo inicialmente diagnosticada de hiperglucemia, en el contexto de infección tracto urinario (presentaba leucocitosis 12.800, neutrofilia 111.000, fibrinógeno 9.56, PCR 304, orina negativa, no hallazgos patológicos en radiografía tórax). La paciente refiere somnolencia y náuseas, no vómitos, no cambios en tránsito intestinal, no clínica urinaria. A la exploración TA 82/60 Fc 66 T° 37 Sat O2 98% Glucemia >500, crepitantes bibasales hasta 1/3 medio izquierdo, no edemas. Pruebas Complementarias: Analítica (leucocitos 14.8, neutrófilos 12.9, fibrinógeno 10, creatinina 1.55, osmolaridad 295.8, PCR 400, procalcitonina 2.1, orina negativa). Gasometría venosa: pH 7.33, Na 126, K 4.2, glucosa 500, HCO3 22.7, lactato 4. DIAGNÓSTICO ORIENTACIÓN: Hiperglucemia en contexto de sepsis grave, origen desconocido. MANEJO-EVOLUCIÓN: Se inicia antibioterapia, sueroterapia, bomba insulina, la paciente experimenta episodio de malestar, epigastralgia y náuseas, planteándose la posibilidad de cardiopatía isquémica. Se realiza EKG y enzimas cardíacas, mostrando curva. Debido a la desfavorable progresión a insuficiencia respiratoria parcial, se utiliza ventilación con CPAP e ingreso en UCI, donde experimenta Shock Cardiogénico que requiere de VMNI y aporte de aminos con evolución favorable. Se realiza coronariografía con coronarias normales, FEVI severamente deprimida e IM severa, una vez estable, se realiza nueva ECOcardio y presenta IM ligera-moderada, descartando severidad del momento inestable. DIAGNÓSTICO FINAL: Descompensación diabética en contexto de insuficiencia cardíaca, que evoluciona a shock cardiogénico.

Conclusiones:

Ante una descompensación diabética hemos de sospechar posible causa, según clínica y resultado de pruebas, de ahí la importancia de la exploración física y de solicitar pruebas básicas como analítica, orina, tórax, electrocardiograma, gasometría, osmolaridad y hemocultivos, si fiebre, según sospecha clínica, láctico, troponina, radiografía abdomen, ECO o TAC. No consiste, únicamente, en controlar cifras glucémicas temporalmente en servicios urgencias, si no estudiar posible causa de dicha descompensación, entre ellas, las hay muy graves, como hemos podido ver: infecciones, sepsis, infartos, insuficiencias cardíacas.

A-1554

ROTURA DE ANEURISMA ABDOMINAL INFRARRENAL: URGENCIA QUE PUEDE ENMASCARARSE

**I de la Cruz Couto, E Sáez Barrasa, V Álvarez Fernández,
S García Santisteban, B Cáceres Murillo, S del Amo Cachán**

OSI Araba Hospital Txagorritxu. Portugalete, Bizkaia

Palabras clave: abdominal pain, aneurysm, ruptured, diagnosis, differential

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón 78 años. Antecedentes personales: hipertensión arterial en tratamiento farmacológico, síndrome lumbar crónico. Acude a urgencias por diarrea, vómitos biliosos y dolor en fosa renal derecha irradiado a fosa inguinal derecha (FID) de 6 horas de evolución. No otra clínica asociada. EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: afebril, tensión arterial 100/62, frecuencia cardíaca 52lpm, pulsioximetría 97%. Abdomen doloroso a la palpación de hemiabdomen derecho, más en hipocondrio derecho y FID. Puño-percusión renal derecha positiva. Se solicita analítica de sangre, orina y radiografía abdominal. Analítica sanguínea inicial: creatinina 1, PCR 10, hemoglobina (HB) 11.7, leucocitos 16.300, neutrófilos 13.800. Sedimento orina: ligera hematuria. Radiografía abdomen supino: luminograma intestinal inespecífico. Se administra múltiple analgesia (precisando cloruro mórfico), antiemético y sueroterapia endovenosa con escasa mejoría clínica. En hemograma de control descenso de HB (10,5). Se solicitan pruebas cruzadas. Ante el importante dolor abdominal, la escasa mejoría mostrada y los hallazgos analíticos se decide pedir TAC abdomino-pélvico con evidencia de rotura de aneurisma abdominal infrarrenal (8cmX11cm) con hematoma retroperitoneal. Se avisa a cirugía vascular y realizan cirugía urgente (resección de aneurisma de aorta y bypass aorto-aórtico). Durante su ingreso evolución favorable. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: cólico renal derecho, cólico biliar, apendicitis, isquemia intestinal aguda, gastroenteritis aguda, síndrome lumbar crónico. DIAGNÓSTICO FINAL: rotura de aneurisma abdominal infrarrenal con hematoma retroperitoneal.

Conclusiones:

El desarrollo y expansión del aneurisma suele ser asintomático hasta que se produce la rotura, lo que supone una emergencia vital con una mortalidad global superior al 90% que requiere tratamiento quirúrgico inmediato. En pacientes con rotura en el retroperitoneo los síntomas pueden atribuirse a otras causas (cólico renal, perforación visceral, diverticulitis, hemorragia gastrointestinal, isquemia intestinal) lo que dificulta el diagnóstico. En el caso que se presenta, la detección de síntomas y signos de alarma, la confirmación diagnóstica con TAC precoz y la cirugía urgente han permitido una evolución favorable.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1555

EMERGENCIAS POSTCOITALES

MC Díaz Sánchez, G Nacarino Moreno, L Sánchez Manzano,
M Neila Iglesias, E Jiménez Martínez, G Martín Gómez,
B Moraga Tena

Complejo Hospitalario de Cáceres

Palabras clave: cefalea, hemorragia subaracnoidea, aneurisma

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

ANTECEDENTES Y ANAMNESIS: Varón de 40 años conductor, sin alergias conocidas. Dislipemia, como único antecedente, en tratamiento con Crestor 10 mg. Acude a Urgencias refiriendo que durante el coito, sufre un episodio de diez minutos de ausencia y lenguaje incoherente seguido de cefalea intensa y vómito con recuperación completa persistiendo cefalea central pulsátil. No pérdida de consciencia, no relajación de esfínteres, no movimientos convulsivos, afebril. Niega consumo de tóxicos. Refiere llevar más de 24 horas sin dormir. EXPLORACIÓN FÍSICA: Tensión Arterial 133/95 mmHg, Frecuencia Cardíaca 62 lpm, Buen estado general, normohidratado y perfundido. Latido carotídeo sin soplos, no adenopatías cervicales. Auscultación cardiopulmonar, abdomen y Miembros inferiores normales. Neurológico: No signos meníngeos. Cefalea frontal pulsátil, alerta, orientado en las 3 esferas y colaborador, obedece ordenes. Lenguaje normal, habla normal sin disartria. Pupilas isocóricas, isoreactivas. No alteraciones campimétricas. Movimientos oculares internos y externos conservados, no nistagmo. Resto de pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservada. Marcha normal, ROT no exaltados ni abolidos. Reflejo cutáneo plantar flexor. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hemograma normal excepto 14200 leucocitos sin desviación izquierda. Plaquetas, Coagulación y Bioquímica normal ECG: ritmo sinusal 52 lpm, eje positivo sin alteraciones en la repolarización. TAC CRANEAL: áreas hiperdensas en el espacio extraaxial ocupando espacio subaracnoideo, a nivel de cisternas basales, el área hiperinsuflado bilateral, la cisura interhemisférica así como el área perimesencefálica en relación con Hemorragia subaracnoidea aguda (HSA). No evidenciándose aneurisma del polígono de Willis con este método. ANGIOGRAFÍA CEREBRAL: Aneurisma de bifurcación de Arteria cerebral media (ACM) izquierda. EVOLUCIÓN: Se inicia tratamiento con sueroterapia, analgesia y nimodipino en Observación. En quirófano de neurocirugía bajo anestesia general se realiza cateterización selectiva de ACI izquierda con un catéter guía. Se deja un microcatéter en el interior del aneurisma y se emboliza el saco aneurismático. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Migraña, Cefalea tensional, HSA, Hemorragia cerebral, Disección arterial, Rotura de aneurisma intracraneal, Infección SNC, Arteritis temporal, Accidente isquémico transitorio, Traumatismo craneoencefálico, Trastornos oculares u ORL, neuralgia trigémino DIAGNÓSTICO FINAL: HSA y aneurisma bifurcación ACM izquierda.

Conclusiones:

Ante una cefalea súbita tras esfuerzo físico intenso, debemos descartar patología que requieren abordaje inmediato aunque la exploración neurológica sea normal.

A-1556

DIAGNÓSTICO CASUAL DE GERMINOMA PINEAL CON PRESENTACIÓN CLÍNICA ATÍPICA

ML Aguayo Ocaña, J Beteta Moya, AF Perea Fernández,
L Pancorbo Fernández

Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras clave: tumor germinal, episodio psicótico, diagnóstico

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer, 25 años. En estudio y seguimiento en el último año en la Unidad de Salud Mental por cuadro de interpretaciones/ideas delirantes. No otros antecedentes personales de interés. Tratamiento actual: Aripiprazol 15 mg + Lorazepam 1 mg, con mejoría sintomática. Nos es remitida para descartar organicidad ante la presencia de episodio psicótico breve que remitió completamente transcurridas dos semanas. Asintomática a su llegada a nuestro servicio. Exploración neurológica rigurosamente normal. En la psicopatológica sólo destacan signos de baja autoestima e ideación paranoide, respecto a la cuál realiza crítica parcial. Aporta analítica completa realizada el mes anterior, con normalidad de resultados, salvo valor de Vitamina B12 en límite inferior (192). Solicitamos TC Craneal que evidencia gran masa de densidad muy heterogénea predominantemente hiperdensa en región pineal, con diversas imágenes cálcicas puntiformes, sugerente de germinoma. Se completa estudio con RM sin/con CIV confirmándose dicho hallazgo. No signos de hidrocefalia. La paciente ingresa a cargo del Servicio de Neurocirugía para completar estudio y tratamiento.

Conclusiones:

Existen trastornos psicóticos debidos a cuadros orgánicos, tales como neoplasias cerebrales. Se han descrito síntomas mentales en el 94% de pacientes con tumores localizados en el lóbulo temporal, en el 90% de pacientes con tumores frontales y en el 47% de aquéllos con tumores infratentoriales. Los tumores germinales primarios del sistema nervioso central son neoplasias poco frecuentes, que aparecen típicamente en la edad pediátrica, aunque también pueden diagnosticarse en adultos. Se originan por la transformación maligna de precursores germinales residuales que no migraron adecuadamente hacia las gónadas durante el periodo embrionario. Globalmente su localización más habitual es la glándula pineal, seguida del área supraselar. Las manifestaciones clínicas dependen de la localización tumoral, pero debido a su ubicación es común la presentación con síntomas de hidrocefalia obstructiva (cefalea, náuseas, vómitos, letargia, diplopía, defectos campimétricos), los cuales no muestra nuestra paciente, pudiendo afirmar en este caso, presentación clínica atípica de este tumor. Su diagnóstico se basa en las técnicas de imagen (la RM evalúa sus características y relación con estructuras adyacentes), examen de líquido cefalorraquídeo, marcadores tumorales e histología. Son tumores altamente quimio y radio sensibles. El tratamiento de elección de los germinomas localizados es la radioterapia.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1557

DOLOR ABDOMINAL COMO DEBUT DE TUMOR TESTICULAR

**M Rizo Hoyos, I Mata Sánchez, MJ Morales Acedo,
P Castillo Jiménez, G Mesa Ramos, M Zaheri Beryanaki**

Hospital de Antequera. Málaga

Palabras clave: dolor abdominal, seminoma, metástasis de la neoplasia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 29 años. Hábitos Tóxicos: Fumador 96 paquetes/año, Bebedor moderado. Sin otros antecedentes. Acude al servicio de urgencias por dolor abdominal de 3 semanas de evolución en epigastrio y en hipocondrio izquierdo, empeorando en las últimas 24 horas. Niega síndrome constitucional. A su llegada Tensión arterial 132/88, frecuencia cardiaca 107 latidos por minuto, afebril. Buen estado general. Abdomen: molestias a la palpación en epigastrio. Pruebas complementarias: Leucocitos 11900 (75% neutrófilos), Hemoglobina 12.60, Plaquetas 537.000, Fibrinógeno derivado 694. LDH 443. Lipasa: 1220. Ecografía abdominal: masa heterogénea, línea media retroperitoneal de 8,5X8,4 cm por encima de la bifurcación aórtica y a nivel superior hasta altura renal. Testículo derecho aumentado de tamaño, ecoestructura heterogénea similar a la masa descrita abdominal, de aproximadamente 12,2X 5,8 cm. Hidrocele izquierdo de 2,4 cm, homogéneo. Hallazgos compatibles con tumoración testicular derecha con imagen en retroperitoneo que plantea en contexto metástasis ganglionares. EVOLUCIÓN: Ingresa en planta para completar estudio, BetaHCG: 73, AFP < 1, TAC tórax: no muestra lesiones de aspecto diseminativas. TAC abdomen: masa retroperitoneal homogénea de 8X8 cm engloba aorta y vena cava inferior con trombosis de ésta y de las ilíacas, repermeabilizándose a nivel de las renales. Evolucionó satisfactoriamente. Valorado por urología, realizándose orquiectomía unilateral derecha, con anatomía patológica: tumor de células germinales tipo seminoma clásico de 9,2 cm de diámetro mayor, ampliamente necrosado que invade túnica albugínea rete testi, y epidídimo con presencia de invasión vascular. Cordón espermático y túnica vaginales sin evidencia tumoral. Se presenta en comité de tumores para valoración de quimioterapia.

Conclusiones:

El dolor abdominal (DA) es un importante reto en la medicina de urgencias, muy frecuente y constituye la manifestación de múltiples procesos médico-quirúrgicos (tanto abdominales como extra-abdominales) siendo su diagnóstico diferencial amplio y engloba procesos de gravedad. Los tumores testiculares son muy poco frecuentes (en los varones representan el 1-2% de los tumores malignos) y afectan generalmente a individuos jóvenes (máxima incidencia entre 20-40 años de edad), lo que no significa que los restantes grupos etáreos no puedan sufrirlo. El interés del caso es recordar la importancia de la exploración testicular en varones jóvenes con tumoraciones retroperitoneales, cuyo origen puede ser metástasis de un tumor testicular.

A-1558

HIDROTÓRAX MASIVO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE CIRROSIS HEPÁTICA

R Narbona Fernández, J Pacheco Sanjuan, MI Correa Rosales

Hospital Regional Universitario de Málaga

Palabras clave: hidrotórax, cirrosis, ascitis

Historia clínica:

Varón 63 años, sin hábitos tóxicos, en tratamiento por fibrilación auricular paroxística con flecainida y diltiazem. Consulta por disnea de esfuerzo, tos y expectoración de 5 días de evolución, que lo atribuye al contagio del cuadro catarral de su esposa, no ortopnea ni edemas en miembros inferiores, abdomen discretamente distendido que impresionaba de ascitis leve. Exploración física, afebril, eupneico, buen estado general, normotenso, saturación basal 94%, al auscultarlo hipoventilación hemitórax derecho solicitando radiografía que muestra pulmón blanco compatible con derrame pleural. Se solicitó analítica de sangre, electrocardiograma ritmo sinusal a 55 pm. Como resultado tiempo protrombina del 62% y elevación alanina aminotransferasa y aspartato aminotransferasa 2 veces el valor normal. Resto analítica sin hallazgos. Procedemos a realizar toracostomía para analizar líquido pleural obteniendo un líquido seroso en el que el análisis bioquímico mostró que tenía características de transudado. Solicitamos eco de abdomen debido a la ascitis leve detectada en la exploración así como la hipertransaminemia, compatible con signos de hipertensión portal y ascitis moderada. Si ingresó en Digestivo para filiar origen de hipertensión portal.

Conclusiones:

El hidrotórax hepático se define como la presencia de derrame pleural en un paciente cirrótico en ausencia de enfermedad primaria pulmonar o cardiaca. Su frecuencia es de aproximadamente un 5% de los pacientes con cirrosis. Por su localización es más frecuente el derrame pleural derecho (85,4%). Aunque en la mayoría de los casos se acompaña de ascitis significativa, el hidrotórax hepático se desarrolla, a veces, en su ausencia. Su patogenia está relacionada con la existencia de defectos diafragmáticos los cuales hacen posible la transmisión peritoneo-pleural de líquido ascítico con las variaciones de la presión intratorácica. Inicialmente se recomienda tratamiento conservador: diuréticos, restricción salina y toracocentesis evacuadoras. Si no hay respuesta, se deben de considerar otras opciones como la toracotomía para cerrar el defecto diafragmático, otra opción es realizar una derivación portosistémica, el objetivo es lograr una disminución de la presión portal, algunos autores señalan que representa el tratamiento definitivo en el manejo del hidrotórax hepático y que su indicación es absoluta.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1559

TRASTORNO CONVERSIVO: EVITEMOS PREJUICIOS

D Ternero Escudero, AM Gutiérrez García, MM Reina Martín, M Martínez Ibáñez, E Franco Rivera, M Luna Valero, MP Ortigosa Arrabal

Centro de Salud Delicias. Centro de Salud Puerta Blanca, Centro de Salud Portada Alta, Centro de Salud Ti. Hospital Virgen de la Victoria, Málaga

Palabras clave: epilepsia, encefalitis, trastornos psicóticos

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer 33 años, diagnosticada de trastorno psicótico a filiar desde hace 2 meses en tratamiento con Olanzapina y Diazepam. Varias asistencias en urgencias por alteración de conducta y dudosas crisis convulsivas en seis ocasiones con realización de pruebas complementarias dentro de la normalidad y con diagnósticos final de trastorno conversivo. Ingreso en Unidad de Agudos Psiquiátrico en dos ocasiones. Acude de nuevo a urgencias por presentar desde hace cuatro horas crisis convulsiva con desviación de mirada y cabeza a la izquierda, lenguaje incoherente y movimientos hemifaciales izquierdos no descritos en episodios previos. Acompaña al cuadro agitación psicomotriz y alucinaciones auditivas. Los familiares lo relacionan con aumento de estrés laboral e insomnio, refiriendo similitud de la sintomatología con episodios previos. Exploración física y pruebas complementarias: Regular estado general. Estado post-crítico. Desorientación. Bradipsiquia. Afebril. Estable hemodinámicamente. Auscultación cardiorespiratoria y abdomen sin hallazgos significativos. Exploración neurológica: disartria severa. Hemiapnosia homónima izquierda por amenaza. Mirada forzada a la izquierda, movimientos hemifaciales izquierdos. Paresia miembro superior izquierdo. Movimientos de ligeros en MMII. Reflejo cutáneo plantar indiferente izquierdo y derecho flexor. Pruebas complementarias: ECG: Ritmo sinusal a 103 lpm sin alteraciones de la repolarización. Hemograma, bioquímica, radiografía de tórax y TC Cráneo: sin hallazgos significativos. Tóxicos en orina positivo a benzodiazepinas. LCR: Normal. EEG: Anomalía paroxística hemisferio derecho con enteltecimiento cerebral difuso moderado. Evolución: Valoración por Neurología con ampliación de pruebas complementarias. RMN con evidencia de lesión temporooccipital derecha compatible con alteración cortical del estatus. Estudio genético de encefalopatía mitocondrial negativo y Ac Antireceptor NMDA positivo. Evolución favorable tras dos meses de ingreso con tratamiento Prednisona y Levetizacetam. Juicio Clínico: Encefalitis Autoinmune con estatus parcial complejo hemigeneralizado derecho. Diagnóstico diferencial: Psicosis. Trastornos conversivos. Intoxicación etílica o tóxicos. Intoxicación medicamentosa.

Conclusiones:

En el ámbito de las urgencias existe la tendencia a prejuiciar al paciente por su motivo de consulta, sobre todo en los pacientes psiquiátricos. Es por ello que no debemos olvidar que el descarte de causa orgánica es el primer paso y no debemos enturbiar nuestro juicio clínico etiquetando a los pacientes por impresiones subjetivas o externas.

A-1560

MENINGITIS AGUDA EN GESTANTE

MA Rojo Martín, V Piña Martín, AM Maldonado Santiago, JM Martínez Martínez, A Fernández Becerra, A Duarte Carazo

Hospital Torrecárdenas. Almería

Palabras clave: meningitis, bacteria, embarazo

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Gestante de 12 semanas marroquí, con barrera idiomática, sin alergias conocidas, diabetes gestacional controlada con dieta. Acude a urgencias por cefalea holocraneal, vómitos, febrícula y cambios de conducta con probable disfasia de predominio expresivo y alteración del sensorio en las últimas 24 horas. Lleva tres días en tratamiento con amoxicilina-clavulánico por ITU. Es valorada por ginecología, gestación evolutiva dentro de la normalidad. Objetivo: Rapidez del inicio del tratamiento empírico tras sospecha inicial de meningoencefalitis. Material o paciente y método: TA 124/85, T°36.5°C, FC 86 lpm, DTT 102 mg/dl. REG, postrada, aparente mutismo afásico. BH y BP, eupneica, normocoloreada. No lesiones cutáneas. AC rítmica, sin soplos audibles. AR mvc, sin ruidos patológicos. Abdomen blando y depresible, no doloroso, puñopercusión renal negativa. EEL no edemas, no signos de TVP. PICNR, sin clara focalidad neurológica, rigidez nuchal. Pruebas complementarias: Hemograma leucocitos 29020, N 90%, hemoglobina 12.2, plaquetas 292.000. Bioquímica glucosa 155, urea 26, creatinina 0.46, sodio 138, potasio 3.07, GOT 7, GPT 5, CK 26, PCR 27.71, procalcitonina 1.06, ácido láctico 14.6. Gasometría venosa pH 7.52, HCO₃ 17, pCO₂ 21. Coagulación INR 1.12, actividad de Protombina 80%. Orina leucocitos y nitritos negativos. La paciente ingresa en área de Observación para monitorización estrecha de constantes, y vigilancia neurológica. Fondo de ojo sin papiledema. Se realiza punción lumbar con aguja de bajo calibre que da salida a LCR de aspecto turbio. Se inicia tratamiento empírico con ceftriaxona y ampicilina. LCR: leucocitos 2378 (PMN 74%, M 26%), glucosa 48, proteínas totales 1.44, hematíes 0. La paciente ingresa en UCI y posteriormente en planta de Neurología donde evoluciona de forma favorable. Cultivos de LCR negativos, Ag Neumococo negativo, hemocultivos negativos Resultados: Meningoencefalitis purulenta en paciente con gestación evolutiva del primer trimestre.

Conclusiones:

La meningitis aguda representa una emergencia médica y la precocidad en la realización de pruebas diagnósticas y no demorarse en el inicio de un tratamiento empírico adecuado, es fundamental para una buena evolución clínica y un buen pronóstico. Además hay que tener presente en nuestro caso, por tratarse de una mujer gestante, la posible afectación del bienestar fetal, derivada tanto del propio cuadro infeccioso, como de las diferentes actuaciones terapéuticas realizadas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1561

HIPONATREMIA POR ANTIPSICÓTICO

**N Ovalle González, R Segura Granda, L Prieto Lastra,
D Fernández Torre, MP Carlos González**

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras clave: hiponatremia, antipsicótico, hormona antidiurética

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 54 años que acude por alteración de la conciencia. ANTECEDENTES PERSONALES: Esquizofrenia paranoide. Tratamiento: Cloracepato dipotásico, Olanzapina. MOTIVO DE CONSULTA: Cuadro de desorientación y somnolencia. EXPLORACIÓN FÍSICA: Constantes: ECG: 13, Resto normal. Exploración: Consciente y desorientada en espacio y tiempo con somnolencia. Lenguaje incoherente. Obedece órdenes. No focalidad neurológica. Se realiza: Hemograma y bioquímica: Na 117mEq/l, función renal normal, TSH normal. Iones en orina: Na 33 mEq/l, K 6 mEq/l. JUICIO CLÍNICO: Hiponatremia grave. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: La hiponatremia es una alteración metabólica que cursa con disminución del nivel de conciencia. Los síntomas aparecen ante cuadros de instauración brusca y natremias inferiores a 130 meq/l. Entre 125-135 meq/l, los síntomas suelen ser gastrointestinales mientras que los neurológicos aparecen con cifras menores. Ante una hiponatremia, se valora el estado del volumen circulante clasificándola en hipervolémica, normovolémica o hipovolémica. En este caso, se trata de una hiponatremia normovolémica (ausencia de signos de deshidratación y congestión) Sus causas son: hipotiroidismo, déficit de glucocorticoides, polidipsia psicógena y SIADH. El SIADH se define por: Hiponatremia euvolémica, Función renal, suprarrenal y tiroidea normal, Na orina > 20 y osmolaridad orina > 100. La paciente no tiene historia de polidipsia psicógena, ni insuficiencia adrenal. Las hormonas tiroideas son normales. Sin embargo, cumple criterios de SIADH y presentando factores de riesgo para esta entidad (consumo de psicofármacos).

Conclusiones:

La hiponatremia es un efecto secundario asociado al consumo de psicofármacos. En la patogenia de la hiponatremia, aquí se ha demostrado por un lado el desarrollo de un SIADH secundario y por otro la existencia de factores de riesgo: Edad avanzada, sexo femenino, toma de diuréticos, bajo peso corporal y niveles plasmáticos de sodio bajos previos al tratamiento. La hiponatremia suele aparecer en las primeras semanas de tratamiento, no es dosis-dependiente y se corrige tras la suspensión del fármaco en poco tiempo. Los psicofármacos son medicamentos muy consumidos en nuestro país. Por eso, reacciones adversas clínicamente relevantes como la hiponatremia, repercuten en la salud de la población. Parece recomendable la realización de controles periódicos de natremia en sujetos que consuman estos medicamentos y presenten factores de riesgo para prevenir esta entidad. Además es importante conocer esta relación para su diagnóstico y correcto tratamiento que incluye la suspensión del fármaco en cuestión.

A-1562

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA PROBABLEMENTE ASOCIADA A GLOMERULONEFRITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA POSTESTREPTOCÓCICA

**L Pachó Millán, EP Fernández Fernández, E Martínez Suárez,
C Díaz Olaizola, F Casarroma Lobera, M Mauri Plana**

Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona

Palabras clave: hemorragia subaracnoidea, cefalea, sospecha

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción: hombre de 26 años, natural de Senegal, sin antecedentes patológicos de interés, consulta en Urgencias por hematuria macroscópica de 4 días de evolución a raíz de episodio de odinofagia la semana previa. Analíticamente destaca una alteración rápidamente progresiva de la función renal con creatinina de hasta 6 mg/dl, con macrohematuria con 75-80% eritrocitos dismórficos y proteinuria de 2 gr/dl. El paciente presentó ANCAS PR3 positivos y ASLOS elevados. Se orienta como vasculitis de pequeño vaso PR3 positiva con afectación renal y afectación pulmonar (presencia de hemorragia alveolar sin evidenciarse nódulos pulmonares). Se realiza biopsia renal evidenciándose reacción extracapilar con 76% de semilunas epiteliales, depósito difuso de C3, proliferación mesangial y endocapilar y necrosis fibrinoide. Se inició tratamiento corticoideo con bolos de metilprednisolona y, posteriormente, 1mg/kg/día. Asimismo, durante el ingreso el paciente presentó un episodio de insuficiencia cardíaca en el contexto de anasarca que requirió tratamiento diurético intensivo. A los 15 días, el paciente reconsulta por cefalea frontal opresiva, objetivándose una crisis tónico clónica generalizada de pocos segundos de duración. Se realiza TAC craneal urgente, que evidencia una hemorragia subaracnoidea bilateral con componente de edema cerebral. Se inicia tratamiento con nimodipino y anticonvulsivante con mejoría clínica. Finalmente se orienta el cuadro como una hemorragia subaracnoidea secundaria a una crisis hipertensiva en contexto de GNRFP. Objetivo: Dar a conocer las complicaciones posibles y, no tan comunes, de la GNRFP. Pacientes y método: descripción de un caso clínico.

Conclusiones:

La HSA es una complicación poco frecuente pero es importante reconocerla para poder orientar adecuadamente a dichos pacientes. Hay pocos casos reportados en la bibliografía de HSA espontánea secundaria a GNRFP. Se ha hipotetizado la etiología del sangrado intracranial secundario a depósito de inmunocomplejos en los vasos del plexo coroideo. Es una emergencia vital, por lo que es importante sospecharla en pacientes que presentan cefalea, signos de meningo, náuseas y vómitos. El inicio súbito de los síntomas nos debe hacer sospecharla y completar el estudio con TAC craneal urgente y, si resulta normal, realizar una punción lumbar. Es importante que estos pacientes estén monitorizados, con control estricto de constantes y control del equipo de Neurología y Neurocirugía.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1563

FUMAR PERJUDICA GRAVEMENTE SU SALUD Y LA DE LOS DE QUE ESTÁN A SU ALREDEDOR

MM Reina Martín, AM Gutiérrez García, D Ternerero Escudero, M Martínez Ibáñez, E Franco Rivera, M Rodríguez Ordóñez, M Pedrosa del Pino

Centro de Salud Portada Alta. Centro de Salud Puerta Blanca. Centro de Salud Delicias. Centro de Salud Ti. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Palabras clave: hábito de fumar, neoplasia pulmonares, metástasis de la neoplasia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Hombre 57 años. Fumador de 50 paquetes/año. Sin antecedentes de interés. Acude a urgencias por masa en zona pectoral izquierda desde hace 9 meses con aumento paulatino, mínimamente dolorosa a la manipulación con eritema perilesional. Afebril. No telorrea ni ulceración cutánea. Hiporexia marcada con pérdida de peso de 6 kg en los últimos 4 meses. No disnea. No dolor abdominal ni alteración del hábito intestinal. Buen estado general. Consciente. Bien hidratado y perfundido. TA: 130/80. SatO₂: 98%. Se palpa masa difusa, dura y adherida a planos en hemitórax izquierdo sin afectación cutánea ni retracción del pezón. Placa eritematosa subyacente. Duda adenopatía axilar izquierda. Auscultación cardiorespiratoria: Rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservados con roncus y sibilancia dispersas en ambos campos. Abdomen: Anodino. No signos de TVP o edemas en MMII. Pruebas complementarias: ECG: Ritmo sinusal a 75 lpm sin alteraciones de la repolarización. Radiografía de tórax: Aumento de densidad en hemitórax izquierdo que impresiona de origen en pared torácica. Análítica sanguínea: Hemoglobina 12.4. Leucocitos 10.500 (Neutrófilos 70%). Coagulación y bioquímica normal. PCR 24. TC toracoabdominal con contraste: Masa sólida heterogénea en pared torácica izquierda de 12.7x8.5 cm que engloba y destruye quinto, sexto y séptimo arcos costales anteriores. Infiltra pulmón a nivel de lóbulo superior izquierdo y musculatura pectoral extendiéndose hacia la mama. Biopsia: Adenocarcinoma de pulmón T3N0M0 Estadío IIb. Evolución: Durante su ingreso para estudio, presenta cefalea frontoparietal intensa refractaria a analgesia junto con sensación subjetiva de pérdida de sensibilidad en extremidades inferiores. A la realización de TC craneal se visualizan dos lesiones ocupantes de espacio sugestivas de metástasis. Se incluye en tratamiento con quimio y radioterapia. Juicio Clínico: Adenocarcinoma de pulmón con progresión a SNC. Diagnóstico diferencial: Mesotelioma maligno, plasmocitoma, sarcoma.

Conclusiones:

El cáncer pulmonar es el tumor más frecuente diagnosticado en el mundo y el más frecuente en varones en España. En su aparición no interviene un factor único, influyen diversos factores como sustancias tóxicas, radiaciones, factores hereditarios o dieta. No obstante, el factor más directamente relacionado es el tabaco: el humo del tabaco es uno de los principales agentes que intervienen en la génesis de cáncer de pulmón y es la primera causa evitable.

A-1564

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO, ¿UNA REALIDAD O FICCIÓN?

D Díez Díez (1), M Portilla Mediavilla (1), I Andrés Antolín (2)

(1) Centro de Salud La Puebla, Gerencia de Primaria de Palencia, (2) Centro de Salud Pintor Oliva. Gerencia de Primaria de Palencia. Palencia

Palabras clave: confusión, emergencias, neurology

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 83 años que acude al Servicio de Urgencias por presentar según los familiares clínica neurológica de horas de evolución. Refieren que en el año previo presentó un cuadro de desorientación con exaltación del ánimo, siendo diagnosticado de trastorno bipolar. Antecedentes personales: depresión mayor recurrente. Tratamiento con xeristar, tramadol-paracetamol, lamotrigina, anafanil. Exploración: buen estado general, con exploración cardiopulmonar y abdominal normal. Signos menígeos negativos. Sin focalidad neurológica. A la reexploración, el paciente presenta imposibilidad para la apertura palpebral, tanto activa como pasiva, trismus, no reacción a estímulos dolorosos y no verbalización. Se procede a intentar la colocación de cánula de Guedel, con éxito. Pruebas: Análítica, bioquímica y gasometría venosa normal, normal salvo indicios de proteínas y cuerpos cetónicos positivos en orina, coagulación normal. Leucocitosis con leve desviación izquierda, VCM en límites superiores de la normalidad. Pruebas de imagen seriadas desde Urgencias y durante el ingreso sin evidencia de patología. Punción lumbar normal. El primer EEG demuestra un patrón punta onda paroxístico con foco parietotemporal izquierdo, que en los EEG de control sucesivos aparece en región centrotemporal derecha y de nuevo en región parietotemporal izquierda. Diagnóstico diferencial: afectación cerebrovascular, infección, convulsión, somatización, cuadro psicótico, masa endocraneal, intoxicación. Juicio clínico: Estatus parcial no convulsivo.

Conclusiones:

Ante la aparición por primera vez de focalidad neurológica súbita en un paciente sin factores de riesgo, es importante tener en cuenta otros diagnósticos diferenciales a parte del ACVA y la masa intracraneal. Es importante hacer una anamnesis dirigida e investigar la aparición de clínica similar en otras ocasiones aunque el paciente o la familia no se haya dado cuenta. Las crisis parciales no convulsivas no son un cuadro frecuente, pero a tener en cuenta ante esta clínica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1565

PARKINSON DE DOS SEMANAS DE EVOLUCIÓN

P Pire García, G Pérez Nieto, M Barón Rubio, A Pérez Rodríguez

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

Palabras clave: meningioma, parkinsonian syndrome, neuropsychiatry

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 55 años sin antecedentes personales de interés que acude a nuestro servicio de urgencias por cuadro de dos semanas de evolución caracterizado por cefalea de predominio retroocular, tipo opresiva y continua, que mejoraba temporalmente con analgesia convencional pero recidivaba. Además presenta bradicinesia, alteración de los reflejos posturales con bloqueos de la marcha y varias caídas. Caminaba lateralizada a la derecha y nota cierto arrastre de la pierna izquierda al caminar. Presenta temblor de reposo en ambas manos, cefálico y de un pie. Psicopatológicamente refiere bradipsiquia y entecimiento motor: mi cuerpo no acompaña a mi mente. Hipersomnia sin otras alteraciones de ritmos biológicos. Sus familiares refieren un cambio agudo de personalidad, siendo antes la paciente activa y habladora, ha pasado a estar apática, con abandono de actividades habituales, sin lenguaje espontáneo ni interacción con otros miembros de la familia y presentando leves fallos mnésicos. Exploración física general sin alteraciones. Exploración neurológica: facies hipomímica, reflejos de liberación frontal presentes, mínima claudicación de MII en la maniobra de Mingazzini y rigidez en rueda dentada en MSI. Sensibilidad conservada. Marcha con arrastre ligero de pie izquierdo y lateralización derecha, sin aumento de base. Inhibición psicomotriz, mirada perpleja y actitud de imperturbabilidad en la exploración psicopatológica sin otras alteraciones. Analítica general sin hallazgos significativos, se realiza TAC craneal que evidencia meningioma temporal derecho con efecto masa. Ante estos hallazgos se decide traslado a centro de referencia neuroquirúrgico en el que se realiza craniotomía y extirpación de la lesión, sin presentar la paciente complicaciones neurológicas en postoperatorio. En la anatomía patológica se confirma meningioma microquístico grado I.

Conclusiones:

No son muchos los casos descritos de debut clínico de meningioma como síndrome rígido-acinético de corta duración. Los tumores cerebrales se asocian y pueden debutar solamente con clínica psiquiátrica, sobre todo aquellos localizados en regiones frontales y temporales. Es importante la correcta interpretación de sintomatología como ¿cambio de personalidad? reciente o aparición de síntomas/signos neurológicos agudos para solicitar en el propio circuito de urgencias una prueba de neuroimagen.

A-1566

SÍNDROME CONFUSIONAL Y DÉFICIT NEUROLÓGICO: NO SIEMPRE ES ICTUS

D López Fernández, R Hernando Fernández, C de León Rivas, A González San Emeterio, A Robles Amieva, B Sainz Santos, C Fernández Pereda

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras clave: accidente cerebrovascular, herpes zóster, vasculitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN Tras la primoinfección del virus varicela zoster (VZ) este permanece latente en ganglios sensitivos. La alteración en la inmunidad celular puede inducir su reactivación, como forma cutánea o neurológica (vasculitis cerebral, meningoencefalitis, etc) entre otras. Por ello, ante un déficit neurológico agudo, es importante descartar otras patologías que simulan la clínica del ictus y que representan hasta un 30% de los ingresos con esta sospecha desde urgencias. **OBJETIVO** Describir las manifestaciones neurológicas de la afectación por VZ y la dificultad para poder distinguirlas del accidente cerebrovascular agudo. **MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO:** Mujer 85 años acude por cuadro de agitación psicomotriz, disfasia nominal y fiebre de 24 horas. Días antes fue diagnosticada de infección respiratoria no complicada y herpes zóster torácico, encontrándose en tratamiento con azitromicina y aciclovir. Destaca bradipsiquia, disfasia nominal, rigidez de nuca y lesiones vesículo-ampollosas compatibles con herpes zóster a nivel torácico. **RESULTADOS** Analítica en urgencias sin alteraciones. Estudio de imagen mediante angioTAC craneal descarta patología vascular. Punción lumbar confirma síndrome meníngeo linfocitario (líquido cefalorraquídeo (LCR) 184 leucocitos/mm³ (79% mononucleares, 21% polimorfonucleares), glucosa 63 mg/dl y proteínas 415 mg/dl, iniciándose tratamiento con aciclovir 10mg/kg/8 horas y cobertura antibiótica con cefotaxima, con resultado posterior PCR VZ positiva en LCR. A las 48h comienza con afasia mixta, hemianopsia homónima derecha y hemiplejía derecha. TC craneal y angioRNM sin lesiones estructurales. Ante la sospecha de vasculitis con afectación de arteria cerebral media izquierda por VZ se aumenta la dosis de aciclovir (12 mg/kg/8 horas) y se administra bolo de 250 mg de prednisolona. Tras 72 horas no presenta ninguna sintomatología neurológica.

Conclusiones:

A pesar de que existan pruebas de imagen normales, hasta un 30% de las angiografías no muestran lesión vascular en la afectación por VZ, es necesario iniciar tratamiento precozmente. No existe unanimidad en cuanto a dosis (más aceptada aciclovir 10-15mg/kg/8 horas añadiendo pautas cortas de corticoides) y tiempo de tratamiento eficaz al existir pocos estudios al respecto, por lo que la vasculitis por VZ supone una patología de la que se espera realizar más estudios prospectivos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1568

SIMULANDO UNA GASTROENTERITIS

M Córcoles Vergara, MC Quesada Martínez, N Rodríguez García

Hospital Universitario Reina Sofía. Murcia

Palabras clave: metformin, acidosis lactic, abdominal pain

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 55 años, HTA, sobrepeso y DM tipo 2. Consulta en S. Urgencias por dolor abdominal generalizado de dos horas de evolución, náuseas y vómitos con 3 deposiciones diarreicas. Tras anamnesis y pruebas complementarias se determina cuadro de gastroenteritis. Tratamiento urgencias: analgesia, antieméticos y sueroterapia. La paciente comienza en observación con disnea, respiración Kussmaul, obnubilación, sat 95% y TA 95/60. Pasa observación y se realiza gasometría venosa objetivando acidosis metabólica y aumento de ac.láctico. Tras la revaloración la paciente había iniciado tratamiento con metformina 850 mg/12 horas desde hace 5 días. A su vez inicio por cuadro de lumbalgia analgesia con AINE los siete días anteriores. La paciente ingresa en UCI. EF Y PC:TA 95/60, FC 100 lpm. FR 25 rpm. Sat 95%. 37°C. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación generalizada. Murphy y Blumberg negativo. No se palpan masas ni organomegalías. No signos de irritación peritoneal. ACP: Normal. MMII: Normal. Analítica sanguínea: bioquímica normal. Hemograma: Hb 11,5, Leucocitos 15000 (N65%). Resto normal. Coagulación normal. Tras agravamiento de cuadro se realiza analítica de control con ac.láctico y gasometría venosa: Ac.láctico 6,8 mmol/l, Urea 95, Creatinina 1,5. Gasometría venosa: Ph 7,28, pCO2 30 mmHg, HCO3 22 meq/L. Ecografía abdomen: Normal. ECG: Ritmo sinusal. Sin alteraciones re la repolarización. JUICIO CLÍNICO: Acidosis láctica secundaria a Metformina. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Hipoperfusión, shock, sepsis, enfermedad hepática, deficiencias enzimáticas congénitas, neoplasias y fármacos hepatotóxicos.

Conclusiones:

La metformina es un fármaco cuyo uso está muy extendido. Se sabe que la metformina reduce el transporte mitocondrial de los agentes de oxidación-reducción, aumenta el metabolismo anaerobio y disminuye la actividad de la piruvato deshidrogenasa, por lo que se acumulan precursores del ciclo de Krebs y aumenta el paso de piruvato a lactato. Además produce inhibición de la gluconeogénesis hepática a partir de lactato. De este modo cualquier situación que implique hipoxia tisular favorece la aparición de acidosis láctica. El desarrollo de acidosis láctica en relación con el tratamiento con metformina conlleva una mortalidad que oscila entre 50-80%. Por todo ello, y con la evidencia de este caso, pacientes DM en tratamiento con Metformina (inicio, cambio de dosis, etc.) con molestias gastrointestinales, la realización de gasometría venosa podría objetivar situaciones similares a este caso y con ello evitar que el cuadro avance.

A-1570

CEFALEA TRAICIONERA

N Rincón Valero, A García Noriega, A López Alonso, A Langa Fernández, S Charro Alonso, E Tovar Salazar, L Rivera García

Hospital de Cabueñes. Gijón

Palabras clave: headache, intracranial hemorrhages, hematomas, subdural

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer 72 años que consulta por náuseas y cefalea. Sin factores de riesgo cardiovascular. Migrañas con última crisis hace 6 meses. ENFERMEDAD ACTUAL Cefalea hemicraneal derecha opresiva, cervicalgia y rubefacción facial. Vista hace 4 días en consulta de Neurología por mismo cuadro donde se le pautó tratamiento con topiramato y escitalopram. Acudiendo a urgencias por empeoramiento tras su inicio. Está nerviosa y refiere no recordarle a migrañas anteriores. La exploración física y neurológica resultan normales. Impresiona de reacción adversa a topiramato. Se procede a dar el alta. 10 horas después regresa por persistencia del cuadro, con cefalea que se irradia a ambos ojos, fotofobia, y misodesopsias. Refiere náuseas y dolor abdominal tipo cólico, con vómitos en dos ocasiones. Los familiares comentan que hace 12 horas tuvo un episodio transitorio de desorientación, en el que no recordaba dónde estaba ni respondía a su nombre. EXPLORACIÓN FÍSICA Nerviosa. Buen estado general. Exploración neurológica: hemianopsia homónima izquierda, con pares craneales normales, sensibilidad de miembro superior derecho 5/5 y en izquierdo 4/5, Reflejo cutáneo-plantar izquierdo indiferente, dolor a la flexión del cuello. Escala NIHSS: 3. Resto normal. TAC CRANEAL: Hemorragia intraparenquimatosa en lóbulo temporal derecho con expansión al lóbulo parietal posterior. Edema perilesional con efecto masa, colapso del ventrículo lateral ipsilateral y herniación subfalciana. Hematoma subdural frontotemporal homolateral. JUICIO CLÍNICO: Hemorragia cerebral temporo-parietal derecha Hematoma subdural.

Conclusiones:

La cefalea es el principal motivo de consulta neurológica en nuestro medio. Supone entre el 1-3% de las visitas a urgencias, por lo que conocer los distintos tipos de cefalea será primordial para identificarlas. Lo reseñable de éste caso radica en resaltar la importancia de una anamnesis exhaustiva y dirigida teniendo presente los distintos diagnósticos diferenciales cuando estamos frente a un síntoma tan común como la cefalea. Aunque nos encontremos ante un paciente con lo que parece una agudización de su patología de base, debemos indagar e identificar los signos de alarma, ya que de ellos dependerá nuestro siguiente paso diagnóstico y el pronóstico de nuestro paciente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1571

SÍNDROME DE MILLER FISHER: OFTALMOPLEJÍA, ATAXIA SENSITIVA Y ARREFLEXIA UNIVERSAL

N López Herrero, B Martín Pérez, R Castellanos Flórez,
JC García Calvo, AB López Tarazaga, AE Espinal Papuico,
A Maúrtua Briseño-Meiggs

Servicio de Urgencias. Hospital Río Hortega. Valladolid

Palabras clave: síndrome de Miller Fisher, oftalmoplejía, ataxia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 38 años que acude a Urgencias refiriendo disfonía, diplopía, disfagia y mareo. Intervenido de varices recientemente. EXPLORACIÓN FÍSICA: TA 129/88, FC 65, SatO₂ 96%. Afebril. Glasgow 15. Lenguaje bien estructurado. Buena comprensión. Blefaroptosis izquierda. Nistagmo inagotable en ambas miradas laterales con leve limitación de abducción bilateral. Disfonía con voz bulbar sin fatigabilidad. Arreflexia universal. Marcha con aumento de la base de sustentación. Romberg negativo. No déficits sensitivos. No dismetría. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: Analítica: Leucocitosis 15.100 con neutrofilia (77.2 %), LDH 201, CK 194. ECG: RS a 64 lpm, crecimiento auricular izquierdo. RX Tórax y TAC craneal sin hallazgos patológicos. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Miastenia gravis. Síndrome de Miller Fisher. Proceso expansivo intracraneal. Ictus. Botulismo. Intoxicación por organofosforados. Esclerosis múltiple. JUICIO CLÍNICO: Síndrome de Miller Fisher. EVOLUCIÓN: El paciente es ingresado en Neurología para completar el estudio. Durante el ingreso presenta un empeoramiento con oftalmoplejía casi completa. Se realiza una punción lumbar y una RMN que no presentan alteraciones. Las serologías de CMV, VHS, VZV y VEB compatibles con infección pasada, resto sin alteraciones incluidos ANAs, hormonas tiroideas serologías de VHB, VHC, VIH, toxoplasma, lúes, Borrelia y C. jejuni, proteinograma, Ac antirreceptor de Ach y toxina de botulismo. Acs antigangliósido antiGq 1b en suero positivo. Los estudios neurofisiológicos realizados (electroneurografía, PESS de nervio tibial posterior, estimulación repetitiva y Jitter estimulado) se encuentran dentro de la normalidad. Tras iniciar tratamiento con inmunoglobulinas comienza una mejoría progresiva dándole posteriormente el alta con una leve paresia en abducción de ambos ojos y arreflexia global con control en consulta externa de Neurología.

Conclusiones:

El síndrome de Miller Fisher es la variante clínica más frecuente del Síndrome de Guillain-Barré. Se instaura de forma aguda con la tríada de oftalmoplejía, ataxia sensitiva y arreflexia. Generalmente existe una infección respiratoria o gastrointestinal previa. Los Acs anti GQ1b están presentes en el 85-90 % de los pacientes. El tratamiento con inmunoglobulinas y plasmaféresis parece acelerar la recuperación. El pronóstico suele ser benigno aunque hay casos que precisan soporte respiratorio y otros en los que la evolución clínica suele ser lenta y polisintomática. Las recidivas son raras.

A-1572

DIARREA COMO SÍNTOMA SUBYACENTE DE PATOLOGÍA ORGÁNICA EN PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

M García Aroca (1), C Sánchez Pérez (2), M Boksan (3),
KP Baldeón Cuenca (4), MJ Conesa Espejo (4), JE Cabrera Sevilla (5),
AJ Cordovilla Moreno (5)

(1) Centro de Salud Los Dolores, (2) Centro de Salud Barrio Peral, (3) Centro de Salud Cartagena Casco, (4) Centro de Salud Besaya, (5) Hospital Santa Lucía. Albacete

Palabras clave: diarrea, intoxicación, digitálicos

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Motivo de consulta: Diarrea y astenia en paciente comórbido. Enfermedad actual: Aviso domiciliario, varón, 61 años, refiere diarrea sin restos patológicos, debilidad en miembros inferiores (MMII) y astenia una semana de evolución, exacerbándose hace 3 días. No alergias medicamentosas conocidas. HTA, DM tipo 2, hiperuricemia, obesidad mórbida, cardiopatía hipertensiva con FEVI 32%. FA permanente (NYHA II-III). ERC secundaria a nefroangioesclerosis. En tratamiento crónico con Seguril 40 mg, Digoxina 0.25 mg, Metformina/Sitagliptina, Bromazepam 1.5 mg, Bisoprolol 5 mg, Eplerenona 50 mg, Olmesartan/hidroclorotiazida 40/25. Evolución: En el domicilio muestra TA: 90/50 mmHg, ECG con bradicardia 37 lpm, depresión ST con R alta de V4-V6, se procede a traslado en ambulancia medicalizada. En Urgencias se detecta en analítica empeoramiento de su función renal (Creatinina 7.33), digoxinemia 3 por lo que se inicia sueroterapia y suspensión de betabloqueantes, Digoxina y Eplerenona precisando de monitorización cardíaca. Durante su estancia en planta evoluciona satisfactoriamente resolviéndose intoxicación digitálica, cediendo el episodio diarreico y reinstaurándose su situación renal previa. Exploración física: Consciente y orientado, regular estado general, hipotensión, bradicárdico, palidez en mucosas. Auscultación cardiopulmonar: tonos arrítmicos apagados sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: anodino. MMII: no edema, signos de insuficiencia venosa crónica, pulsos pedios disminuidos. Pruebas complementarias: Analítica Ingreso: Glucosa: 104, urea: 164, Cr: 7.33, Na: 139, K: 4, Digoxina: 3, Hb: 13.2, Hcto: 41%, Leucos: 13770. N: 112, Plaquetas: 210000. Analítica al alta: Cr: 1.92, urea: 40, MDRD: 36.2%, Na: 141, K: 3.9, Hb: 11.9, Hcto: 37.4%, Leucos: 8750, plaquetas: 188000. ECG al ingreso: FA a 37 lpm, PR largo, depresión de ST y R alta en QRS de V4-V6 con aplanamiento de onda T. BIRDDH. Ecocardiograma: Cardiopatía hipertensiva con FEVI del 50%. Rx tórax: normal. Juicio clínico: ACXFA con respuesta ventricular lenta secundaria a sobredosificación farmacológica. ERC reagudizada de origen prerrenal multifactorial (ARA II + diarrea 2º a intoxicación digitálica + bradicardia + diuréticos + hipotensión). Diagnóstico diferencial: GEA vírica/bacteriana, descompensación de insuficiencia cardíaca, infección urinaria, sobredosificación farmacológica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

Conclusiones:

En Urgencias, tenemos un papel fundamental en el manejo del paciente pluripatológico, lo más importante es la optimización de sus tratamientos fijándose siempre en evitar interacciones que pudieran desencadenar el empeoramiento de su estado basal.

A-1573

UNA MENINGITIS DIFERENTE

C Sánchez Pérez (1), EM Fernández Cueto (2), MJ Conesa Espejo (1), M García Aroca (3)

(1) Centro de Salud Barrio Peral, (2) Centro de Salud El Algar, (3) Centro de Salud Los Dolores. Murcia

Palabras clave: cefalea, meningitis, viral

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Enfermedad actual: Paciente de 31 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por cefalea opresiva frontal de 48 horas de evolución, progresiva que aumenta de intensidad con los movimientos cefálicos (especialmente al bajar la cabeza) de moderada-alta intensidad, disminuye con analgésicos sin ceder completamente y desde esta tarde asocia vómitos alimenticios precedidos de náuseas, no en escopetazo. Refiere fiebre de hasta 39° en domicilio (no constatada en urgencias). Exploración física y pruebas complementarias: No focalidad neurológica. No signos meníngeos. Punción lumbar: salida de líquido claro y transparente. Presión de apertura de 25cm H₂O. Presión de cierre 21.5 Glucosa 53, Proteínas 43. Leucocitos 11 (Mononucleares 90% PMN 10%). Gram: negativo. PCR para enterovirus positivo. Juicio clínico: Meningitis Linfocitaria por enterovirus con hipertensión intracraneal transitoria. Diagnóstico diferencial: migraña, cefalea tensional, cuadro viral, encefalitis, meningitis bacteriana.

Conclusiones:

Discusión: La meningitis viral es una infección de las meninges producida por virus entre los cuales los más frecuentes son los enterovirus. La característica de este caso es recordar que en el 50% de los casos de la meningitis vírica no se asocia signos de irritación meníngea, por lo que debemos estar atentos al estado del paciente así como a la fiebre, vómitos, fotofobia, etc. La identificación de enterovirus se realiza mediante PCR. Normalmente es de proceso benigno y tratamiento medidas de soporte general.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1574

NO SON SIMPLES MAREOS

J Cano García (1), E Espínola Coll (1), B García Gollonet (2),
A Bernal Hinojosa (3)

(1) Centro de Salud Coin, (2) Centro de Salud San Andrés-Torcal,
(3) Centro de Salud Carranque. Málaga

Palabras clave: vértigo, meningioma, headache

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Anamnesis: Mujer de 79 años con antecedentes personales de diabetes, hipertensión arterial e hipotiroidismo, que acude a urgencias por cuadro de mareo y vómito. Refiere en los últimos cuatro meses ha sufrido episodios similares que han necesitado asistencia médica, siendo derivada al alta con diagnóstico de vértigo. Data el primer episodio en abril con un cuadro de mareo y malestar general en relación con llevar el peso de dos bolsas de la compra. En los últimos 3-4 días, la dificultad para caminar se ha acentuado siendo necesario el apoyo en otra persona para desplazarse, con náuseas y vómitos, duerme mal por las noches por cefaleas que requieren analgesia. No refiere fiebre, clínica respiratoria, genitourinaria ni digestiva. Exploración: Constantes normales. Consciente, orientada, colaboradora. No alteración oculomotora ni campimétrica, no nistagmo. No claudicación de extremidades. No dismetría, disdiadococinesia derecha. Reflejos osteotendinosos normales, reflejo cutaneoplantar flexor bilateral. Marcha con ayuda, torpeza de miembro inferior derecho. Auscultación cardiorespiratoria normal. Abdomen normal. Pruebas complementarias: Sin alteraciones analíticas destacables. Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 110 latidos por minuto sin alteraciones isquémicas ni de la repolarización. Radiografía de tórax sin alteraciones destacables. Tomografía computarizada craneal: hipodensidad cerebelosa izquierda, con probable edema vasogénico, colapso de cisterna ambiens izquierda y desplazamiento del tercer ventrículo. Resonancia magnética craneal: Nódulo de aspecto extraaxial, que provoca edema y efecto masa sobre la porción izquierda del vermis cerebeloso, de 2,2x2,1x2,2 centímetros, que depende del tentorio izquierdo, compatible con meningioma en esa localización. Presenta realce llamativo de contraste y unas características de señal también compatibles con meningioma. Juicio clínico: Síndrome vertiginoso con lesión hemisférica izquierda sugestiva de meningioma. Evolución: Se deriva a neurocirugía para valoración, donde se desestima intervención quirúrgica y se pauta tratamiento con dexametasona y colocación de válvula de derivación por ventriculomegalia moderada, alta domiciliaria y seguimiento por neurología y cuidados paliativos.

Conclusiones:

En casos como este, en el que la paciente consulta durante meses por la misma clínica y no presenta mejoría a pesar del tratamiento pautado, debemos estar alerta y plantearnos otros diagnósticos, sino puede que lleguemos al diagnóstico demasiado tarde.

A-1575

REACCIÓN ALÉRGICA RETARDADA A FÁRMACOS EN URGENCIAS. SÍNDROME DRESS (DRUG RELATED EOSINOPHYLIA WITH SISTEMIC SYMPTOMS) POR DEXKETORPOFENO

P Tranche Álvarez-Cagigas, Y López Albarrán, LJ Arce Segura,
E Díaz Vera, CC Carrasco Vidoz, M Sánchez Vicente

Hospital Infanta Leonor. Madrid

Palabras clave: DRESS, fármacos, alergia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 52 años, alérgica a penicilina y derivados, polinosis con antihistamínicos y broncodilatadores ocasionales, sin ingresos previos ni otros antecedentes personales de interés, consulta en el Servicio de Urgencias por exantema pruriginoso generalizado de 6 horas de evolución. No otra sintomatología acompañante. En la exploración física destacan pápulas pruriginosas confluentes sobre fondo eritematoso generalizado afectando al 60% de superficie corporal (tronco y miembros). No edema de úvula. Auscultación pulmonar sin hiperreactividad bronquial. En el estudio analítico se observa eosinofilia (3000/mm³), Cr. 1,50 mg/dL con urea normal, elevación de transaminasas (GOT 520/GPT 400) y LDH con coagulopatía leve. Reinterrogada la paciente sobre fármacos, refiere toma previa de Dextetoprofeno por lumbalgia hace 1 semana. Ante sospecha de reacción alérgica retardada a fármacos, pasa a zona de monitorización para control clínico, se inicio fluditerapia, corticoterapia (Metilprednisolona 1mg/kg iv) y antiH1 (Dexclorfeniramina/8 horas). La paciente presenta buena evolución clínica con disminución importante de las lesiones cutáneas, de las transaminasas y normalización de la función renal a las 48 horas de tratamiento. Valorada por Dermatología y Alergología a las 12 horas se toma muestra para anatomía patológica que confirma la sospecha inicial (síndrome DRESS, Drug Related Eosinophilia with Systemic Symptoms).

Conclusiones:

La rápida identificación e instauración del tratamiento para una reacción alérgica a fármacos retardada, rara y potencialmente grave permitió la correcta evolución de la paciente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1576

EL SÍNDROME DE SWEET. A PROPÓSITO DE UN CASO

MJ Sada Ruiz (1), MF Sanz de Galdeano (1), MA Zapatería García (2), L Yanguas Amatriain (1), C Lasheras Gil (1), S González Subiza (1)

(1) Hospital García Orcoyen, (2) Hospital Reina Sofía. Estella, Navarra

Palabras clave: dermatosis neutrofílica, absceso, corticoides

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Introducción: Las dermatosis neutrofílica son un grupo de trastornos caracterizados por lesiones en piel en las cuales el examen histológico revela infiltrados inflamatorios intensos epidérmicos y / o dérmicos compuestos principalmente por neutrófilos, sin evidencia de infección. La clasificación de las dermatosis neutrofílica se basa en el reconocimiento de las características clínicas y patológicas, así como la identificación de enfermedades asociadas. **Objetivo:** Presentamos caso clínico, diagnóstico y tratamiento. **Caso clínico:** Presentamos caso de paciente de 50 años, en estudio por dermatología y M. Interna por antecedentes de múltiples abscesos, que acude por bultoma, rubor y calor que ha ido en aumento progresivo en flanco tras haberse dado golpe hace 4 días. Afebril en todo momento. No otra clínica. En la Exploración Física se objetiva: Lesión nodular violácea central con zona empastada y eritematosa, que se extiende hacia abdomen. Absceso de partes blandas, no fluctuante y celulitis. Se realiza Eco de partes blandas: Cambios inflamatorios en tejido celular subcutáneo sin clara abscesificación en el momento actual en la localización anteriormente descrita. En urgencias estable hemodinámicamente. Se inicia antibioterapia con augmentine 2gr iv y se realiza biopsia donde se objetiva dermatosis neutrofílica tipo sweet (probable deficiencia funcional de polimorfonucleares).

Conclusiones:

El síndrome de Sweet o dermatosis neutrofílica febril aguda es una enfermedad infrecuente caracterizada por la aparición brusca de placas y nódulos eritematosos cutáneos, más o menos dolorosos, en cara, extremidades o tronco, asociados a fiebre, malestar general y neutrofilia, con patrón histopatológico de dermatitis neutrofílica. La etiología del SS es desconocida. **Clínica:** Se presenta típicamente como pápulas y placas eritematosas, elevadas, dolorosas o quemantes, acompañadas generalmente de febrícula o fiebre, mialgias, artralgias o artritis, leucocitosis y malestar general. El diagnóstico de SS es de exclusión, y debe distinguirse clínicamente de infección, neoplasia, vasculitis y dermatitis facticia. En ocasiones es difícil diferenciarlo clínicamente del eritema nodoso, eritema exudativo multiforme y eritema elevatum diutinum, por lo que la biopsia es clave para el diagnóstico. El tratamiento estándar del SS son los corticoides orales durante 2-4 semanas, con dosis iniciales de prednisona entre 40-60 mg/día. Aunque la respuesta es rápida, las recidivas son frecuentes y pueden requerir reintroducciones breves de esteroides.

A-1577

DEMASIADO TIEMPO PARA UNA REACCIÓN ALÉRGICA

M Rodríguez Ordóñez (1), MI Luna Valero (2), MC Morales del Águila (3)

(1) Hospital Virgen de la Victoria en Málaga, (2) Centro de Salud Coin, (3) Centro de Salud Delicias. Málaga

Palabras clave: edemas palpebrales, pérdida de peso, síndrome linfoproliferativo

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 23 años sin alergias medicamentosas conocidas. Sin antecedentes personales de interés. Intervenida de colecistectomía. Acude a urgencias, tras haber sido diagnosticada en repetidas ocasiones de reacción alérgica, por cuadro intermitente de edema palpebral bilateral de un mes de evolución, que ha ido descendiendo hasta región anterior esternal y hombros. Asociando pérdida de peso desde hace 6 meses no cuantificada. No sudoración nocturna, ni fiebre. Manifestando astenia y ligera hiporexia acompañante. Exploración física y pruebas complementarias: Buen estado general. Bien hidratada y perfundida. Orientada y colaboradora. Eupneica en reposo. TA: 131/88 mmHg FC: 100 lpm. Sat O2: 98% basal. Afebril. Edemas en hemitorax superior, cuello y cara de predominio izquierdo con edema palpebral bilateral. Al levantar los brazos aumento de vascularización superficial de predominio izquierdo con aumento de edema, no eritematoso. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos sin soplos. MVC Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. No signos de irritación peritoneal, no masas ni megalias. Miembros inferiores: no edemas ni signos de trombosis profunda. Análisis sanguíneo: Hemograma: hemoglobina: 12,5, VCM: 80, plaquetas: 223000, leucocitos: 12100 (Neutrófilos: 11100). Coagulación: sin alteraciones. Bioquímica: LDH: 633 PCR: 23 Radiografía de tórax: Conglomerado adenopático bilateral paratraqueal con ensanchamiento mediastínico superior. Ecografía de cuello: Vena yugular izquierda no permeable ni colapsable, con material ecogénico en su interior, hallazgos compatibles con trombosis venosa a dicho nivel. Vena yugular derecha permeable y colapsable sin signos de trombosis venosa en dicha localización. Se visualizan varias adenopatías laterocervicales izquierdas, algunas de tamaño significativo. Juicio clínico: Síndrome de vena cava superior. Trombosis vena yugular izquierda. Síndrome linfoproliferativo. Diagnóstico diferencial: Tumores intrabdominales, síndrome linfoproliferativo, tumores primarios de mediastino. Evolución: Monitorización en Observación. Se ingresa a cargo de medicina interna para completar estudio.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

Conclusiones:

Las enfermedades malignas constituyen la primera causa del síndrome de vena cava superior, llegando a suponer hasta un 86%. Tras el cáncer de pulmón, primera causa a descartar, se encuentran los linfomas sobre todo los no hodgkinianos. En un porcentaje similar de casos la causa del síndrome es un carcinoma metastásico. Los tumores primarios del mediastino, como timomas o tumores germinales, suponen menos de un 2%. Ante todos estos datos resaltamos la importancia del diagnóstico certero del síndrome, así como la realización de un buen despistaje de todas sus posibles etiologías.

A-1578

SÍNDROME DE CHARLES BONNET

S González Subiza, J Pascual Fernández, MJ Redín Sagredo, I Fau Sánchez, C Ibero Esparza, MJ Sada Ruiz

Hospital García Orcoyen. Ayegui, Navarra

Palabras clave: ceguera, alucinaciones, visión

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Presentamos caso clínico de síndrome de Charles-Bonnet, debido a su baja prevalencia y a que en la práctica clínica está infradiagnosticado y muchas veces se diagnostica erróneamente como psicosis o comienzo de una demencia. Varón de 85 años con antecedentes de ceguera que comenzó en agosto de 2015 por trombosis en la vena central de la retina bilateral que ha empeorado hasta hacerse total hace unas semanas. Acude a Urgencias por alucinaciones visuales estructuradas desde hace 3 días acompañadas de cefalea. En la exploración física, presenta TA de 166/106 mm Hg, pulso de 61 x?, temperatura axilar de 35 °C, Sat.O2: 99 % y glucemia capilar de 135 mg/dl. Buen estado general. Está consciente y orientado temporoespacialmente, con pupilas no reactivas al reflejo luminoso, hallazgo que se justifica por su patología de base. Resto de exploración anodina. Se realiza TC craneal que no muestra alteraciones y analítica sanguínea con gasometría venosa que no muestra signos de patología aguda. Tras comentar el caso con el oftalmólogo de guardia, se le comunica a la familia el diagnóstico y su evolución y se le pauta olanzapina 5 mg cada 24 horas.

Conclusiones:

El síndrome de Charles Bonnet hace referencia a alucinaciones visuales que aparecen en pacientes con pérdida de agudeza visual. La causa de esta pérdida de visión puede afectar al ojo, al nervio óptico o al cerebro incluyendo patologías muy diversas. Estas alucinaciones pueden tener un impacto muy negativo en la calidad de vida de los pacientes. El diagnóstico pasa por hacer una evaluación neurológica detallada, revisar los medicamentos que lleve y descartar otros cuadros causantes de alucinaciones, como el aura de la migraña, las crisis epilépticas, demencia por cuerpos de Lewy, intoxicaciones por drogas o alcohol, delirium, encefalopatía metabólica y psicosis. Las alucinaciones se resuelven si la pérdida visual se corrige. Si la ceguera es irreversible, las alucinaciones pueden durar desde días hasta semanas, aunque hay pacientes que les pueden llegar a durar hasta años. El tratamiento se individualiza dependiendo del grado en el que el paciente esté afectado por los síntomas. Algunos pacientes necesitarán medicación como dosis bajas de olanzapina o quetiapina.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1579

CEFALEA TRAS MANIPULACIÓN CERVICAL

M Genebat González, A Sánchez Canto, A García Olloqui, C Prieto Candau

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Palabras clave: cefalea, disección, vascular

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 42 años, sin antecedentes médicos o quirúrgicos de interés. Deportista, practicante de crossfit. Acude a urgencias de traumatología por cervicalgia y dolor en región hemicraneal derecha de 12 horas de evolución. Refería episodios previos de cervicalgia, que relaciona con su actividad deportiva habitual y que controla con tratamiento por fisioterapeuta. El episodio actual lo refiere como diferente y de aparición en las últimas 12 horas tras manipulación cervical. Desde entonces presenta exacerbación de su dolor cervical y asocia cefalea hemicraneal derecha, sin respuesta a analgésicos habituales. No refiere fiebre, no náuseas ni vómitos, no alteraciones sensitivas ni déficit motor grosero. A la exploración mantenía estabilidad hemodinámica, adecuada perfusión periférica, estado general conservado, afebril, funciones superiores conservadas, no meningismo. No déficit motor ni nivel sensitivo, no dismetría ni disdiadococinesia. Contractura paravertebral cervical. Destacaba, sin embargo, una marcha inestable con aumento de la base de sustentación y tendencia a caer hacia la derecha, Romberg lateralizado a la derecha, síndrome de Horner derecho. El TAC craneal, analítica urgente y EKG fueron normales, ante la sospecha clínica de un síndrome de Wallenberg secundario a un ictus isquémico laterobulbar derecho, en el contexto de una disección traumática de la arteria vertebral derecha, se realizó una arteriografía que mostró una oclusión de la arteria vertebral derecha en tercio medio, en relación con disección oclusiva postraumática de la misma. La RMN realizada posteriormente confirmó la sospecha clínica al mostrar un foco milimétrico hiperintenso en región posterior derecha del bulbo compatible con lesión isquémica hemibulbar (sd de Wallenberg).

Conclusiones:

La disección traumática de arterias vertebrales es una complicación rara pero grave relacionada con la manipulación cervical, debido a la aplicación de movimientos rápidos y vigorosos de flexo-extensión y rotaciones que exceden los límites fisiológicos. La presentación puede ser oligosintomática, por lo que es necesario un alto grado de sospecha y una exhaustiva exploración neurológica para identificar signos y síntomas que orienten a una focalidad, generalmente secundaria a un infarto del territorio irrigado por la arteria diseccionada.

A-1580

SÍNCOPE ASOCIADO A ALCOHOL

O Peñagaricano Muñoa (1), T Tabera Arévalo (2), A Vela Fernández (3), M Sánchez Andion (4), J Hong Cho (5), R Agüeros Osante (1)

Hospital Zumarraga. San Sebastián, Gipuzkoa

Palabras clave: riñón, constricción patológica, síncope

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Mujer de 34 años acude por dolor lumbar y flanco derechos. ENFERMEDAD ACTUAL: Refiere dolor lumbar y flanco derechos irradiado a glúteo y muslo de 9 horas de evolución acompañado de 4 episodios de vómitos, tras el último, pérdida de consciencia de unos segundos con recuperación espontánea, no pérdida de control de esfínteres ni movimientos anormales. Se ha golpeado la cabeza presentando herida en ceja izquierda. Episodios similares de dolor los últimos 10 años que calma al tumbarse, relacionados con ingesta ocasional de alcohol. Esta noche el dolor no se ha atenuado con el decúbito supino. FUR: ayer. HISTORIA CLÍNICA: 1. Exploración física: Constantes vitales: TA 114/71 mmHg, FC 64 lpm, Temp 36.6°C, SO2 98% Consciente y orientada, bien hidratada y perfundida, normocoloración mucocutánea y eupneica en reposo. Cabeza y cuello: herida y hematoma en región ciliar izquierda. Tórax: AC: rítmico a 65 lpm. No se oyen soplos, roces ni extratonos. AP: murmullo vesicular conservado. No se escuchan ruidos patológicos. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación profunda de FID. Palpación de masa en hemiabdomen derecho. Puñopercusión renal bilateral negativa. Blumberg negativo. Peristaltismo conservado, normal. EEII: no edemas ni signos de TVP. Pulsos presentes y simétricos. Neurológica: sin focalidad. 2.Exploraciones complementarias: ECG: normal. Analítica de sangre: Hemoglobina 11.30 g/dL. Resto dentro de los valores normales. Sistemático de orina: Normal. Rx abdomen supino: Normal. TAC abdominal: Severa estenosis obstructiva de unión pieloureteral derecha que provoca marcada ectasia pielocalicular proximal con gran retraso en la eliminación del contraste y atrofia secundaria de la cortical renal. Evolución: Tras administración intravenosa de Primperan, Nolotil, Paracetamol y suero la paciente permanece asintomática en urgencias. Se le da de alta con tratamiento sintomático para el dolor, observación domiciliaria y cita preferente en el Servicio de Urología del hospital.

Conclusiones:

Caso interesante debido a su sintomatología inespecífica que retrasa el diagnóstico a la edad adulta de una alteración probablemente congénita. Esta paciente consultó con el médico de Atención Primaria en varias ocasiones por esta sintomatología y nunca le realizaron una prueba diagnóstica mediante imagen. Sería interesante en pacientes con síntomas inespecíficos como estos realizar al menos una prueba de imagen para descartar patología orgánica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1582

PANCITOPENIA EN PACIENTE SOMETIDO A TRASPLANTE DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS, ¿TRATAMIENTO SEGÚN PROTOCOLO?

MM Becerra Mayor (1), A Contento Gonzalo (1), V Becerra Mayor (2), P Rodríguez Villasante-González (1)

(1) Hospital Regional Universitario de Málaga., (2) Hospital de la Línea. Cádiz

Palabras clave: anemia, trombopenia, recambio plasmático total

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 69 años de edad con diagnóstico de síndrome mielodisplásico tipo AREB-2, IPSS alto, R-IPSS 7 (muy alto), fue sometido a trasplante alogénico de precursores hematopoyético (TPH) de donante no emparentado de sangre periférica. Como complicaciones post TPH ha presentado infección por citomegalovirus en tratamiento con Valganciclovir y enfermedad injerto contra receptor aguda con afectación hepática. En el día 69 post TPH acude a urgencias por astenia y adinamia mayores que las habituales, sin otros síntomas que refiera. Se objetiva petequias y equimosis generalizadas, sin síntomas neurológicos. En analítica se observa 6×10^9 plaquetas, Hemoglobina 6 gr/Dl, serie blanca sin hallazgos, función renal conservada, Bilirrubina total de 1,8 mg/Dl y LDH 3200 U/L, en frotis de sangre periférica se observan un aumento significativo de hematíes rotos (esquistocitos). Se diagnostica de púrpura trombocitopénica trombótica post TPH alogénico, asociada a inhibidores de calcineurina tipo Tacrólimus. El tratamiento habitual de esta complicación es el recambio plasmático total, pero al ser secundaria al TPH no está indicada, siendo el tratamiento de la misma el uso de anticuerpos monoclonales.

Conclusiones:

Las causas de anemia y trombopenia en los pacientes sometidos a trasplante de precursores hematopoyéticos son variadas, por lo cual obliga a un diagnóstico diferencial y un abordaje multidisciplinario. El tratamiento de esta patología en paciente sometidos a TPH tiene un abordaje diferente, lo cual obliga su conocimiento para el correcto enfoque terapéutico.

A-1583

CUMPLIENDO PROPÓSITOS DEL AÑO NUEVO

MC Hernández Tuda (1), I Ángel Barba (2), T Mondéjar Solís (1), C Güemes de La Iglesia (1), N Díez López (1), A Cabezón Crespo (1)

(1) Hospital Universitario de Burgos, (2) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Palabras clave: rhabdomyolysis, myalgia, creatine kinase

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción: La rhabdmiolisis consiste en una necrosis del músculo con salida de sus componentes al torrente circulatorio. Objetivo: Exponemos el siguiente caso, por el aumento en el número de casos en los últimos meses, entre otros motivos, por el incremento de la práctica de spinning (ejercicio de bicicleta intenso). Material y Métodos: Paciente de 27 años de edad con antecedentes de DM desde el 2004 a tratamiento con insulina, acude a urgencias por presentar dolor intenso en ambas extremidades inferiores y orina colúrica, como consecuencia de realizar esfuerzo físico (primera clase de spinning). A la exploración destaca dolor a la palpación de ambos cuádriceps, sin otras alteraciones. Resultados: Ante la sospecha de rhabdmiolisis se solicita analítica completa con creatinina (CK), calcio y función renal. Se observa una CK de 1130400 sin alteración de la función renal. Debido a estos resultados el paciente ingresa en el servicio de Nefrología para vigilancia de la función renal y tratamiento.

Conclusiones:

La rhabdmiolisis es un síndrome caracterizado por la triada de síntomas: CPK elevada, mialgias y mioglobinuria. Las principales causas son el ejercicio intenso, traumatismos, fármacos, drogas, infecciones, tóxicos o alteraciones metabólicas. Se produce una destrucción del músculo esquelético, saliendo al torrente sanguíneo todos sus componentes (CK, lactato deshidrogenasa (LDH), electrolitos). La mayoría de los pacientes se presentan como enfermos asintomáticos, aunque puede aparecer como debilidad de miembros o alteración en la coloración de la orina. La principal complicación es la aparición de insuficiencia renal. Por ello, el principal tratamiento consiste en preservar la función renal mediante la hidratación abundante. También puede aparecer un síndrome compartimental, requiriendo la realización de fasciotomías. En nuestro servicio, hemos visto como en los últimos meses, se incrementaba el número de casos de rhabdmiolisis secundario a la práctica de spinning, con o sin afectación renal. En el caso que presentamos llama la atención los valores tan elevados de CK sin presentar repercusión a nivel de la función renal. Durante el ingreso, el paciente no presenta deterioro de la misma, por lo que es dado de alta a los pocos días sin tratamiento en domicilio.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1585

ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO ICTUS EN PACIENTE ANCIANO

C Fernández Alcalá, M Villegas Pablos, J Beteta Moya,
JE Cobo Muñoz

Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras clave: Código Ictus, anciano, fibrinolisis

Historia clínica:

Varón de 81 años, con antecedentes personales de trastorno bipolar y vida independiente para todas las actividades de la vida diaria (incluso practica ciclismo con regularidad), presenta de forma súbita pérdida de conocimiento con relajación de esfínteres que tras recuperación evidencia disartria y hemiplejía izquierda. Es atendido por el Equipo de Emergencias (061) y trasladado al hospital tras activación de Código Ictus. A su llegada, al Servicio de Urgencias, presenta un NIHSS de 7 puntos, habiendo transcurrido aproximadamente 60 minutos desde el inicio de la sintomatología. Se le extrae analítica incluyendo estudio de coagulación, sin hallazgos significativos. Se le realiza un tac cerebral que descarta lesión hemorrágica. Posteriormente se le administra perfusión, que manifiesta zona isquémica visible, potencialmente recuperable, en territorio de la arteria cerebral media derecha. Se le administra tratamiento fibrinolítico intravenoso, según pauta, e ingresa en la Unidad de Cuidados Críticos. A las 6 horas, revierte disartria y mantiene comunicación normal, así como movilidad de hemicuerpo izquierdo. A las 24 horas, se le realiza tac cerebral de control, sin signos de lesión cerebral, por lo que se deriva a planta de Neurología.

Conclusiones:

El tratamiento fibrinolítico está indicado en pacientes con ictus isquémico, siempre y cuando se realice en el tiempo establecido, y sin que haya causas excluyentes que lo contraindique. Dado que dicho tratamiento, bajo las condiciones descritas, mejora el pronóstico del proceso neurológico, es de rigor activar precozmente la atención urgente de estos pacientes (Código Ictus). En el caso descrito, la edad del paciente por encima de 80 años podría interpretarse como causa excluyente, sin embargo, en las últimas revisiones bibliográficas no se considera contraindicación de administración de fibrinolisis, especialmente si el tiempo transcurrido desde el inicio de sintomatología es inferior a 3 horas, con buena calidad de vida (escala de Rankin modificada igual o inferior a 2), ausencia de comorbilidades y con puntuación ASPECT y NIHSS aceptables.

A-1586

¿POR QUÉ SE ME INFLAMAN LOS TESTÍCULOS?

M Blanca Segura (1), E Piñero Flores (2), FJ Vara Morate (3)

(1) Centro de Salud de Villanueva de Córdoba, (2) Centro de Salud de Olvera. Cádiz, (3) HARE. Peñarroya, Córdoba

Palabras clave: edema, escrotal, diabetes

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: Varón de 72 años, que es remitido a urgencias por fiebre termometrada de 39-40° de varios días de evolución, acompañada de edema escrotal bilateral y prurito intenso, con poca respuesta a corticoides, antihistamínicos y antifúngicos. Entre sus antecedentes personales destacan los siguientes: hipertensión arterial, hipertrofia benigna de próstata y diabetes tipo II. **OBJETIVO:** Llegar a un diagnóstico de certeza teniendo en cuenta que es un paciente con mal control diabético. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Analítica: hemograma con 19.440 leucocitos con 90% neutrófilos. Bioquímica con glucosa 329 miligramos/decilitros. Resto normal. Ecografía escrotal: ambos testículos de tamaño y ecogenicidad normal con adecuada vascularización en el estudio Doppler. Ambos epidídimos con vascularización simétrica. Hidocoele bilateral leve con discreto contenido en el lado izquierdo. Marcado engrosamiento de cubiertas escrotales de manera generalizada. Tras la mala evolución, a pesar de administrar antibióticos endovenosos, y con sospecha de fascitis necrosante escrotal (gangrena de Fournier), se realiza de forma urgente y con anestesia general una resección de tejidos necróticos escrotales y esfacelos. Se cierran las heridas con drenaje de Penrose. **RESULTADOS:** Tras la resección de tejidos necróticos, cede la fiebre y la clínica de dolor, con buena evolución.

Conclusiones:

Ante un edema escrotal con tórpida evolución, sospechar gangrena de Fournier, en el contexto de una diabetes mal controlada.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1587

CAUSA RARA DE DOLOR ABDOMINAL: VÓLVULO GÁSTRICO

**M Fuentes de Frutos, IJ Cuadrado Blanco, P Costa Alba,
O Abdel-lah Ferández**

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Palabras clave: vólvulo gástrico, dolor abdominal, isquemia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Presentamos el caso clínico de un varón con dolor epigástrico y distensión abdominal causado por vólvulo gástrico. Se plantea como causa poco frecuente de dolor abdominal pero con una alta tasa de mortalidad y donde la rapidez del diagnóstico es importante para disminuir la morbi-mortalidad del proceso por isquemia, necrosis y perforación. Caso clínico: Paciente de 54 años, varón con antecedentes personales de hernia de hiato, y que acude al servicio de urgencias por presentar dolor a nivel de epigastrio irradiado a espalda y distensión abdominal de 4 días de evolución. A su ingreso, constantes normales. Exploración abdominal: dolor a la palpación de epigastrio sin signos de irritación peritoneal, con importante distensión y timpanismo. RHA normales. Analítica: sin alteraciones en los reactantes de fase aguda y sin acidosis metabólica. Radiografía de tórax y abdomen: sin neumoperitoneo y gran dilatación gástrica. Se coloca sonda nasogástrica con salida de abundante aire y contenido líquido, persistiendo el dolor y la distensión, por lo que se le realiza un TAC, objetivándose gran vólvulo gástrico sin signos de isquemia o perforación. Ingresa en el servicio de cirugía donde se le realiza gastrectomía total más esofagectomía distal y yeyunostomía.

Conclusiones:

El vólvulo gástrico es una rotación anormal de 180° del eje principal del estomago. Es una patología infrecuente que se presenta de forma similar en hombres y mujeres. La edad de presentación más frecuente oscila entre los 40 y 50 años. Según su etiología se clasifica en primario, debido a anomalías en los ligamentos gástricos y secundario, siendo ésta la más frecuente y una de las causas es la hernia de hiato. El vólvulo es una auténtica urgencia médico-quirúrgica que se caracteriza por la triada de Borchard: dolor abdominal y/o torácico, vómitos e incapacidad de progresión de sonda nasogástrica, que aparece en el 70% de los casos. Su diagnóstico se suele realizar de forma incidental, pero debe ser rápido para evitar complicaciones letales como isquemia mesentérica y/o perforación. La prueba diagnóstica más efectiva es el TAC abdominal y el tratamiento es endoscópico y/o quirúrgico.

A-1588

DISNEA AGUDA CON FALLO RENAL EN PACIENTE JOVEN

**MD Pérez López, A Mesa Vega, S Pendón Fernández,
A Ramírez Fernández, A Arana Bravo**

Hospital Comarcal Axarquía. Málaga

Palabras clave: fallo renal agudo, hemorragia alveolar, hipertensión arterial

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 28 años con AP de NAMC. HTA en el embarazo. Migraña. Dos embarazos. Dos partos eutócicos. No tratamiento habitual. Acude por cuadro de 2-3 semanas evolución de astenia y malestar general. Epistaxis ocasional. Desde hace tres días vómitos y disnea progresiva hasta hacerse de reposo. Exploración: TA: 221/150 FC: 130 lpm sO₂: 89% MEG. Sensación enfermedad. Taquicárdica y taquipneica. Intolerancia a decúbito. Palidez cutáneo-mucosa. Mal perfundida con lividesces. ACP: R y R. Crepitantes gruesos en ambos campos pulmonares. Resto exploración normal. Analítica. Cr: 12.24 Na: 124 K: 3.3 PCR: 57.3 GAB: pH: 7.29 pCO₂: 26.2 HCO₃: 14 ABE: -1.5 Lactato: 7.1 Hb: 8.6 leuc: 31.070. Sistemático: proteínas: 500 mg/dl, leuc: 500/uL, eritrocitos: 250/uL, resto normal. ECG: RS a 130 lpm. Rx tórax: infiltrado alveolar bilateral. Se inicia tratamiento con antibioterapia, NTG perfusión, furosemida, urapidilo con control tensional, perfusión y disnea. Se traslada a hospital general para ingreso servicio Nefrología. TAC tórax: extensas áreas de condensaciones parcheadas, alveolares, confluentes, bilaterales y zonas en vidrio deslustrado difusos en relación con hemorragias alveolares. RMN CRANEAL: probable vasculitis complicada con focos de isquemia aguda. Ecografía 2D y doppler renal: no evidencia de estenosis arterias renales. Ante sospecha de síndrome antimembrana basal se solicitan Ac AMBG, ANCA: negativos. Biopsia renal: negativo. Presenta signos de hemólisis intravascular con plaquetopenia, elevación LDH precisando de plasmaféresis con reposición con PFC. Se inicia hemodiálisis con recuperación progresiva de la función renal. Tras control de TA y suspensión de plasmaféresis no vuelve a presentar más signos de hemólisis. Dada de alta con tratamiento antihipertensivo (5 fármacos) más hemodiálisis periódicas en Centro Diálisis con diagnóstico de hipertensión arterial maligna + edema agudo de pulmón + anemia hemolítica + insuficiencia renal aguda. Diagnóstico diferencial patrón alveolar difuso: Edema pulmonar. Infecciosas: TBC miliar, pneumocistosis, hongos, neumonitis viral o bacteriana atípica. Hemorragia pulmonar: o sin enfermedad renal: discrasias sanguíneas, traumatismos o con enfermedad renal: síndrome de Good-Pasture, LES. Tumores: metástasis, linfangitis carcinomatosa.

Conclusiones:

Rehistoriado familia y paciente la HTA está presente desde primer embarazo no habiendo sido controlada ni tratada desde segundo parto. Hemos presentado caso de paciente joven hipertensa no controlada ni tratada que consulta por daño de órganos vitales que ponen de manifiesto la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1589

MUJER DE 65 AÑOS CON ALTERACIÓN DE LA SENSIBILIDAD

SF Clemente da Silva, T Gorostiaga Echevarría, Y Tassé Herrero, S Sobrino Borrego, M Toña Olaortua, M Abad Perez, FD Fuentes Felipe

IMQ-Zorrotzaurre. Bilbao

Palabras clave: hipoestesia, parestesia, ataxia

Historia clínica:

Mujer de 65 años, sin alergias medicamentosas conocidas. No antecedentes médicos quirúrgicos de interés. En tratamiento con Orfidal por insomnio ocasional. Acude al S. de urgencias por parestesias en ambas manos sin pérdida de fuerza ni cervicobraquialgia, diagnosticada de cervicoartrosis avanzada C5-C6, es dada de alta con tratamiento corticoideo y AINES, pendiente de RMN cervical y EMG. Vuelve a las 48 horas por comenzar con parestesias en ambos pies y alteración en la marcha precisando de ayuda de tercera persona. Refiere en días previos cuadro catarral autolimitado. A la exploración física y neurológica se objetiva hipoestesia a nivel palmar y arreflexia cutáneo-plantar. Marcha torpe con aumento de la base de sustentación. No otras alteraciones significativas. Se realiza analítica completa, EKG, Rx tórax, TAC craneal sin hallazgos patológicos y punción lumbar sin hiper celularidad ni proteinorraquia en LCR. Es ingresada para completar estudio con sospecha clínica de posible Esclerosis Múltiple. A las 24 horas del ingreso se realiza RMN cerebral y medular objetivándose mielopatía compresiva por hernias discales en C5-C6 que no justifica el cuadro clínico, además se descarta esclerosis múltiple. Valorada por S. de Neurología con impresión diagnóstica de probable Guillain-Barré leve tipo sensitivo a pesar de la falta de disociación albúmino-citológica en primera muestra de LCR. A día de hoy la paciente continúa ingresada pendiente de concluir estudio.

Conclusiones:

Durante el ingreso la paciente presenta fluctuación sintomatológica en el curso clínico diario y ante la falta de resultados positivos en pruebas complementarias que confirmen una neuropatía tipo Guillain-Barré u otra patología neurológica, obliga a contemplar como posibilidad diagnóstica un trastorno puramente funcional. En la actualidad pendiente de nueva muestra de LCR para concluir caso.

A-1590

INSUFICIENCIA SUPRARRENAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

MC Villa Álvarez

Hospital Álvarez Buylla. Oviedo

Palabras clave: insuficiencia suprarrenal, hiperpotasemia, hiponatremia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Motivo de consulta: Malestar general. Antecedentes personales: Varón de 57 años. 64 kg de peso. Diabetes tipo 2. Intervenido de nefrectomía renal derecha, esplenectomía, exéresis suprarrenal izquierda, resección intestinal y apendicectomía con diagnóstico anatomopatológico de Carcinoma renal de células claras en Octubre de 2015. A seguimiento en Endocrinología por insuficiencia suprarrenal postquirúrgica. Medicación previa: Metilprednisolona 8, Linagliptina 5, Omeprazol 20 Enfermedad actual: Acude por malestar general con astenia y estreñimiento desde hace una semana. Dolor abdominal difuso sin fiebre ni clínica miccional. No náuseas ni vómitos. No otra clínica. Exploración física: Normotenso. Consciente, orientado, colaborador. Eupneico. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen doloroso de forma difusa sin peritonismo, ni masas ni organomegalias. Peristaltismo mantenido. Pruebas complementarias: - ECG: Ritmo sinusal. Ondas T picudas. - Hemograma: Hb 15.7, Hto 48.1, VCM 84.4, Plaquetas 383000, Leucocitos 14800 (12500N) - Bioquímica: Na 112, K 7.6, Urea 70, Cr 1.34. Gasometría venosa: pH 7.324. Coagulación: Normal. Orina: Más de 100 leucocitos por campo. Rx tórax: Normal. Rx abdomen: Luminograma inespecífico Tratamiento en el servicio de Urgencias: Se instauró tratamiento para la insuficiencia suprarrenal y alteraciones electrolíticas secundarias. Insuficiencia suprarrenal: 200 mg de Hidrocortisona intravenosa. Hiponatremia: Sueroterapia con aporte de sodio (la mitad del déficit calculado en las primeras 12 horas). Hiperpotasemia: Suero glucosado con 12U de Insulina rápida en 30 minutos. Seguril 60 mg intravenoso. Nebulización de Salbutamol. Gluconato cálcico al 10% por vía intravenosa lenta. Infección urinaria: Ciprofloxacino Evolución: Control a las 24 horas: Na 120, K 6.2. Control al alta: Na 127, K 5.2 Tratamiento al alta: - Se suspende tratamiento con Metilprednisolona. Hidrocortisona 40 mg con desayuno, comida y cena durante 10 días y después 20mg con desayuno, 20mg con comida, y 10mg con cena. Completar tratamiento con Ciprofloxacino. Revisión en consultas externas de Endocrinología.

Conclusiones:

Impresión diagnóstica: Descompensación de insuficiencia suprarrenal en paciente suprarrenalectomizado, secundaria a infección urinaria. Alteraciones electrolíticas secundarias: Hiponatremia grave verdadera (Osmolaridad plasmática baja: 242). Hiperpotasemia grave.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1591

PACIENTE DE 18 AÑOS CON BULTOMA INGUINAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

**A Ramírez Fernández (1), A Mesa Vega (2), S Pendón Fernández (2),
MD Pérez López (2), A Arana Bravo (2)**

(1) Area de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía DCCU
Torrox, (2) Hospital de la Axarquía. Vélez-Málaga. Málaga

Palabras clave: linfoma, leucemia, inguinal

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Paciente de 18 años Senegalés, reside en España desde hace 6 meses. Sin alergia a medicamentos, ni enfermedades de interés, Inter-venido hace 7 años de criptorquidia derecha, AF, sin interés. Acude al DCCU por presentar bultoma a nivel inguinal Derecho de un mes de evolución, indoloro, sin fiebre ni síndrome constitucional, ni sudoración ni pérdida de peso ni pérdida de apetito, que ha ido creciendo de forma paulatina. Refiere artromialgias generalizadas de varios meses, que no le ha dado importancia, Había consultado en SUH dos meses antes por dolor inguinal D irradiado a abdomen, punzante, intermitente y recurrente, se realizó analítica, rx sab siendo normales y eco abdominal: pequeñas adenopatías inguinales no patológicas, resto normal. EF: BEG, bien H y P eupneico, afebril, consciente y orientado. CyC: No adenopatías cervicales ni supraclaviculares, no bocio ni ingurgitación yugular. EESS, no adenopatías axilares. ACP: MVC, tonos rítmicos sin soplos ni roces. ABD: normal, EEII, no edemas no linfedema, no déficit neurovascular. No úlceras no heridas, adenopatías inguinales bilaterales pequeñas indoloras, rodaderas. Una de mayor tamaño de unos 6cm, dura, indolora, adherida a planos profundos en región inferoinguinal derecha, sin cambios tróficos de la piel, no signos de flogosis. Genitales, sin alteraciones. DD, Enfermedades de transmisión sexual (ETS), Oncocercoma, Lipoma, Granuloma Infeccioso, Inflamatorio, Reactivo, Proceso Tumoral (linfoma, metástasis). Se deriva a SUH, Analítica: Gluc, Creat, ALT, AST, LDH, BT, Na, K, PCR: 1, normales Hb: 15.7, VCM. 82, Leucos: 5410 con fórmula normal, plaq, 246000, coagulación normal, sedimento: normal, RxSAB, normal, Eco: Adenopatías inguinales izq de aspecto hiperplásico, Una adenopatía de 5.6 cm en raíz de muslo D sugestiva de proceso linfoproliferativo. Ingresa en MI, realizándose analítica, serología, ecografía, Tac toracoabdominal, PAFF y exéresis/biopsia, diagnosticándose de linfoma/ Leucemia linfoblástica de células T, trasladándose al servicio de hematología/hemoterapia para estudio de extensión y tratamiento.

Conclusiones:

No es frecuente el diagnóstico de esta enfermedad en pacientes jóvenes, el 70-80% son de etiología benigna, En Atención Primaria la causa mas frecuente es la de origen infeccioso o reactivo. Es fundamental una historia clínica exhaustiva, para poder sospechar esta patología y no demorar su estudio.

A-1593

INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA GRAVE, ¿UNA URGENCIA?

**MJ Ruiz Vert (1), S Martos García (2), M Hidalgo García (2),
J Oro Fontova (2), JP Fabregat Sanjuan (2), M Porta Rodríguez (2)**

(1) CAP Eixample, (2) SEM. Lleida

Palabras clave: acute liver failure, jaundice, liver transplantation

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Introducción: La Insuficiencia Hepática Aguda Grave (IHAG), llamada también hepatitis fulminante, es una enfermedad rara pero potencialmente mortal que se presenta de forma aguda en un individuo previamente sano. Su incidencia es de menos de 10 casos por millón de personas por año en los países desarrollados. Debido a su escasa frecuencia, además de su gravedad y heterogeneidad, los datos para orientar su tratamiento son limitados. No obstante, las tasas de supervivencia aumentaron notablemente en los últimos años debido a los adelantos en los cuidados intensivos y al trasplante hepático de urgencia. Objetivos: 1. Realizar un diagnóstico diferencial adecuado en pacientes sin antecedentes de interés que inician un cuadro de ictericia o encefalopatía hepática y alteración analítica. 2. Valorar la urgencia en la atención de un paciente con alteración de pruebas de función hepática. Metodología: Análisis de la relación entre cardiopatía isquémica y ansiedad a través de un caso clínico, y la realización de diagnósticos erróneos en pacientes con ambos problemas de salud. Resultados: En este caso se trata de una paciente de 71 años con antecedentes de HTA, DM tipo 2, dislipemia, nefropatía diabética, portadora de marcapasos por BAV 2º grado y con anemia detectada hace 6 meses, que presenta de forma progresiva desde hace 1 año cuadro tóxico e ictericia, con serologías de hepatovirus negativas. En la anamnesis niega consumo de setas en los días previos, y solo destaca el inicio de tratamiento con Trajenta hace 3 meses. En urgencias se detecta hepatomegalia dolorosa, con patrón analítico de citolisis, insuficiencia renal aguda y coagulopatía. El diagnóstico diferencial incluye la etiología viral, tóxica, vascular o metabólica, precisando de una ecografía abdominal. En este caso la ecografía no fue concluyente, pero ante los resultados analíticos y el antecedente de nuevo fármaco se concluyó que se trataba de una insuficiencia hepática aguda grave, y se derivó a la paciente para trasplante hepático.

Conclusiones:

Es indispensable realizar una correcta anamnesis en pacientes con ictericia, cuadro tóxico y patrón de citolisis y coagulopatía en la analítica, dado que la IHAG es una entidad mortal.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1594

CRISIS ADDISONIANA EN URGENCIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

**I Fernández Concellón, M Moya de la Calle, S Sánchez Ramón,
I Cotillas García, M Guitián Domínguez, B Antón González,
R López Izquierdo**

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Palabras clave: Addison, disease, intervention

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN La insuficiencia suprarrenal aguda o crisis Addisoniana(CA) es un fracaso en la secreción de hormonas de vida media corta, glucocorticoides y mineralocorticoides, por la corteza suprarrenal, necesarios en la regulación de la tensión arterial, equilibrio hidroelectrolítico y metabolismo hidrocarbonado. **PACIENTE** Paciente que acude por astenia, anorexia y pérdida de peso tras una infección respiratoria leve. A su llegada presentaba shock, con TA: 73/46, FC:81. AP: I. suprarrenal cónica. Se inicia el tratamiento precoz ante la sospecha de otra crisis, con canalización de vía venosa, monitorización continua, sondaje vesical y sueroterapia intensa. Ante la refractariedad del shock se inicia tratamiento con hidrocortisona, mejorando la paciente. Se confirmó posteriormente el diagnóstico, con un cortisol sérico bajo. **DISCUSION** La forma de presentación puede deberse a la evolución de una insuficiencia suprarrenal crónica, o más infrecuentemente aparecer sin antecedente previo. Suele existir un factor precipitante como stress, infecciones, traumatismos o intervenciones quirúrgicas, que incrementan las necesidades de cortisol. Puede ocurrir con el abandono de corticoterapia sustitutiva. El cuadro clínico presenta síntomas derivados de reserva adrenal escasa, como astenia vespertina, anorexia, pérdida de peso, mareos por hipotensión arterial y mialgias. El déficit de mineralocorticoide induce una pérdida salina urinaria con retención de potasio que potencia la hipotensión arterial. La hiponatremia potenciada por la incapacidad para excretar agua libre, junto con la hiperpotasemia, retención nitrogenada y acidosis metabólica contribuyen a los trastornos de la motilidad de la musculatura lisa y estriada, dando lugar a dolores abdominales (que pueden simular un abdomen agudo) vómitos y diarreas que empeoran la deshidratación y el shock circulatorio. La hipercalcemia puede alcanzar valores muy elevados. Con frecuencia presenta hipoglucemia asociada. El diagnóstico debe ser considerado siempre ante un paciente con hipotensión, pérdida de peso, anorexia y debilidad. En laboratorio presentarán niveles de cortisol plasmático bajo, hiponatremia, hiperpotasemia y acidosis metabólica.

Conclusiones:

La finalidad primordial del tratamiento está en la reposición hidroelectrolítica y la sustitución esteroidea precoz. Es preciso, sobre todo en pacientes ancianos o cardiopatas, la monitorización para evitar sobrecargas circulatorias. Se debe corregir el déficit de glucosa, cuando existe.

A-1595

LA IMPORTANCIA DEL BALANCE

P Sarasquete Fariña, A Rosario Ortiz, H Villena García

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. A Coruña

Palabras clave: hiponatremia, agitación, diurético

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Motivo de consulta: agitación Antecedentes personales: Sin alergias medicamentosas conocidas. Ex fumador y bebedor de dos vasos de vino con la comida. Hipertensión arterial. Diabetes mellitus tipo II Obesidad. Insuficiencia renal crónica Cardiopatía isquémica revascularizada Arteriopatía periférica Síndrome lacunar motor puro. Trastorno adaptativo de tiempo de evolución. Vida basal cama sillón, totalmente dependiente para actividades básicas de la vida diaria. Ingresado recientemente en cardiología con los diagnósticos al alta de: Insuficiencia cardíaca aguda con IAMSEST secundario. Miocardiopatía dilatada isquémica crónica con FEVI 35%, insuficiencia mitral ligera- moderada. Infección respiratoria. Tratamiento actual: protector gástrico, metformina, clopidogrel, atorvastatina, beta bloqueante, ivabradina, varios diuréticos, calcio antagonista y antagonista del calcio Enfermedad actual: cuadro de deterioro del estado general desde hace unas 48 horas. Acude acompañado por su mujer que refiere deterioro marcado de su situación clínica basal con inquietud y lenguaje incoherente. Niega traumatismos previos ni clínica infecciosa de ninguna localización. Es valorado en su PAC de referencia desde donde lo derivan por sospecha de ACV. Exploración física: TA: 140/70 FC 80 Tº axilar 36,2. Mal estado general. Palidez cutáneo mucosa, deshidratado. Eupneico Agitado. No impresiona de focalidad neurológica grosera. Desorientado en tiempo y espacio pero orientado en persona. Menígeos negativos. No lesiones cutáneas. Disminución de la fuerza 4/6 en miembro superior izquierdo ya conocida previamente. Reflejo cutáneo plantar extensor bilateralmente. Resto de exploración por aparatos normal. Pruebas complementarias: Gasometría venosa: pH, pCO2, HCO3 y Exc Bases normales. Sodio 117. Potasio y lactato normales. Analítica de sangre: destaca Urea 109 mg/dl, Creatinina 2,26 mgr/dl Sodio 118. Resto normal. Radiología de tórax: normal. Electrocardiograma: sin alteraciones agudas a nivel de la repolarización. TC Craneal: leucoaraiosis sin evidencia de patología aguda intracraneal. Juicio clínico: Hiponatremia hipovolémica. Evolución: Dados los hallazgos de las pruebas complementarias, la causa más probable que justifica la clínica del paciente es una hiponatremia severa probablemente crónica. Revisando las posibles causas de esta alteración analítica nos llama la atención que el paciente tiene varios diuréticos prescritos de forma simultánea, En controles analíticos previos vamos objetivando la depleción progresiva de la natremia. Se pauta suero salino hipertónico. Ingreso en medicina interna.

Conclusiones:

Ante todo caso de clínica neurológica en paciente polimedcado debemos revisar previamente las posibles interacciones medicamentosas así como el equilibrio electrolítico que podría justificarnos la clínica del motivo de consulta.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1596

QUÉ BIEN HUELE

J Lara Lara, R Santiago Gómez, L Hernández de Francisco

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Madrid

Palabras clave: epilepsia, glioma, crisis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 50 años que acude por presentar desde hace 2 meses, disestesias labiales y en pulpejo del 2º-3º y 4º dedos de la mano derecha, unas 6-7 veces al día, que en los últimos días se ha acompañado de sensación epigástrica de ardor ascendente, sudoración profusa, piloerección, quedándose con la mente en blanco, viendo y oyendo a personas que posteriormente no recuerda, y sintiendo un olor a perfume muy agradable cuando finaliza el cuadro, que dura entre 1-2 minutos. No otra sintomatología acompañante. TA: 133/83mm/Hg Temperatura: 36,4º Frecuencia cardíaca: 66 lpm Exploración física: anodina. Exploración neurológica: sin focalidad. Analítica normal, con tóxicos en orina y alcoholemia: negativos. TAC craneal: Sin hallazgos significativos. Con el diagnóstico de Crisis parciales a estudio se deriva a Consulta preferente de Neurología, que le verán en 3 días, quedando ingresado entonces para completar estudio.

Conclusiones:

En el ingreso se realiza EEG: normal, RMN craneal donde se observa un posible tumor incipiente de bajo grado en hipocampo derecho, que posteriormente no vuelve a observarse, por lo que sigue en revisiones periódicas sin tratamiento y derivado a las consultas de Psiquiatría.

A-1597

VARÓN DE 45 AÑOS CON FIEBRE Y VÓMITOS

A Gómez Quilés, E Bellido Pastrana, C de la Cruz Seris-Granier

Hospital Punta Europa. Algeciras, Cádiz

Palabras clave: fiebre, pancreatitis, neumonía

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Objetivos: Hombre de 45 años, acude a urgencias por fiebre de 39º con escalofríos sin tiritona, vómitos, diarreas y cefalea de una semana de evolución. Antecedentes personales: exfumador y hábito enólico hasta hace 3 semanas. Material o pacientes y método: Exploración: TA 135/75. FC 132lpm. Tº 39. SatO2 60%. Regular estado general. Consciente y orientado. Palidez mucocutánea. Glasgow 15. ACR: rítmico a alta frecuencia sin soplos. MV disminuido en ambos hemitórax con crepitantes dispersos. Abdomen algo distendido no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias con motilidad intestinal conservada. Tras oxigenoterapia con ventimask al 28%, persiste desaturación, consiguiendo SatO2 82% con ventimask 50%. Resultados: Rx tórax: infiltrados bilaterales. Rx abdomen: dilatación asas intestino delgado. Analítica: Hemograma: leucopenia leve en el rango de $3.8 \times 10^9/L$, Hb 16.3, Plaquetas 153.000. Coagulación normal. Bioquímica: creatinina 2.08 mg/dl, Na 129 mEq/L, amilasa 900 U/L, GOT 203, GPT 113, GGT 548, PCR 23.91. Gasometría arterial: ph 7.33, pO2 35 mmHg, pCo2 38 mmHg, Sat O2 62%. Se inicia antibioterapia (ceftriaxona y levofloxacino) presentando sudoración, cianosis facial y taquipnea, manteniendo desaturación de O2. Ingres en UCI precisando BIPAP con FiO2 del 100% y + 18 de PEEP para saturación O2 93%. Antígeno de Neumococo en orina positivo. Serología VHC, VHB y VIH negativas. Fiebre, hipotensión mantenida y oliguria tras 2º día, a pesar de administración de noradrenalina y antibioterapia. Última analítica: fórmula leucocitaria con desviación izquierda, plaquetas en descenso, coagulación normal, PCR 25.88. Láctico 2.3. Elevación moderada transaminasas y bilirrubina 2.3 a expensas de la directa. Creat 1.21. Tras 4 días en UCI manteniendo situación de shock, se produce parada cardiorespiratoria con medidas de SVA sin éxito y exitus como desenlace final. Hemocultivos y cultivo de esputos negativos. Juicio Clínico: Neumonía extrahospitalaria. Pancreatitis aguda.

Conclusiones:

La pancreatitis aguda puede tener como complicaciones sistémicas fallo cardiocirculatorio, hipotensión, shock e insuficiencia respiratoria, que en nuestro paciente pudo agravarse con la neumonía bilateral por neumococo acelerando un fallo multiorgánico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1599

LUMBALGIA: TESTIGO DE CARGO

A Cardeña Gutiérrez, P Pire

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

Palabras clave: spinal cord compression, hypercalcemia, perceptual disorders

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 70 años con antecedentes de ictus isquémico en ACM izquierda distal sin secuelas al alta en Diciembre de 2015. Acude a Urgencias dos meses después por presentar dolor y rigidez generalizada de 15 días de evolución que finalmente le impide deambular con normalidad, asociando cambios de comportamiento transitorios y mal definidos. La exploración se vio artefactada por el intenso dolor que presentaba el paciente que incluso le impedía incorporarse para ser auscultado. Destacar una rigidez en bloque con fuerza disminuida 3/5 en miembros inferiores, sin datos de piramidalismo. Análíticamente presentaba hipercalcemia corregida de 14,7, con elevación de mioglobina y CK, LDH normal. En el TAC de cráneo destaca una lesión nodular frontal izquierda con edema vasogénico compatible con una metástasis intracraneal. Revisando pruebas de imagen previas descubrimos un TAC torácico realizado una semana antes por sospecha de hilio patológico en radiografía de tórax -solicitada por Neurología para control en sus consultas. En dicho TAC, hallazgos compatibles con proceso neoplásico hilar con metástasis en clavícula derecha y cuerpo vertebral D9. Diagnóstico diferencial planteado en Urgencias: Hipercalcemia y cuadro neurológico a estudio en paciente con neoplasia pulmonar y metástasis óseas de reciente diagnóstico. A su llegada a planta, a pesar de haber normalizado calcemia y haber controlado el dolor con opiáceos, persisten fluctuaciones en el grado de paresia bilateral referida en miembros inferiores. Se solicita estudio etiológico con broncoscopia y de extensión con TAC abdominal y RM craneal, encontrando metástasis a múltiples niveles tanto óseos como musculares-psoas, glúteos, músculos occipitales- y viscerales. Por otra parte, el ENG-EMG no muestra signos de miopatía ni polineuropatía. En este contexto el paciente presenta un síndrome confusional atípico con predominio de alucinaciones visuales complejas y percepciones anormales. Finalmente se instaura una paresia 2/5 continua con hiperreflexia, clonus bilateral, babinsky indiferente, y zona de hipoestesia termoalgésica en dermatoma L1. Se solicita RM lumbar urgente ante la sospecha de compresión medular, que se confirma a nivel D8-D9.

Conclusiones:

Este caso nos demuestra una vez más que entre los síntomas más frecuentes de consulta a Urgencias, aparentemente testigos de una patología banal, pueden esconderse peligrosos criminales.

A-1600

ALGO MÁS QUE UNA CEFALEA TENSIONAL

C Alonso Porcel (1), B Perez Deago (2), LM Sánchez Rodríguez (3), LM Arbolea Álvarez (4), E Prado Fernández (5), MJ Fernández Vazquez (1), M Martínez Iban (6)

(1) Hospital Cabueñes, (2) C.S La Calzada II, (3) Área I, (4) Hospital Valle del Nalón, (5) C.S El Coto (Asturias), (6) Área V. Gijón, Asturias

Palabras clave: blefaroptosis, cefalea de tipo tensional, arteritis de células gigantes

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción: La cefalea tensional afecta hasta un 78% de la población en algún momento de la vida. A diario solemos ver cefaleas que bien por sus características o por el tipo de paciente que los padece etiquetamos de cefalea tensional sin plantearnos que esta cefalea puede ser el 1º síntoma de patologías de mayor gravedad. Objetivo: Resaltar la poca atención que damos a algunas entidades que consideramos banales, significando esto pasar por alto patologías mas importantes con consecuencias futuras de mayor gravedad. Paciente: Mujer de 91 años sin antecedentes personales de interés que acude por cefalea holocraneal occipitoparietal de mas de 3 semanas de evolución. La cefalea asocia ptosis derecha completa y parálisis del III par. Vista por cefalea mas ptosis leve hace 2 semanas en nuestro Servicio de Urgencias es dada de alta con diagnóstico de cefalea tensional y tratamiento sintomático. A la exploración se observa ptosis palpebral derecha progresiva con parálisis incompleta de III par derecho. Pupilar normal. Temporales engrosadas de predominio derecho. Análítica: VSG 90 Resto: anodina TAC Craneal: normal. Resultado: Ante la sospecha de afectación isquémica de MOE por posible arteritis de células gigantes se decide ingreso en Neurología. Tras realizar biopsia de arteria temporal se confirma el diagnóstico de: neuropatía isquémica del moc 2º a arteritis de celulas gigantes. La paciente comienza tratamiento esteroideo con evolución favorable.

Conclusiones:

Como hemos introducido antes, la cefalea es un síntoma que genera muchas consultas y en este caso el síntoma del que debemos realizar un correcto diagnóstico diferencial. Ante un adulto mayor que comienza con un nuevo dolor de cabeza deberíamos pensar en una Arteritis de Células Gigantes (ACG). La ACG es una entidad frecuente que debemos de sospechar ante adultos mayores con cefalea de inicio, sin necesidad de ir acompañada esta de síntomas asociados a la polimialgia reumática. No es infrecuente su asociación con síntomas a nivel ocular como la diploplia, la parálisis del MOC... e incluso la ceguera. Estos daños pueden evitarse con un diagnóstico y un tratamiento correcto de forma precoz.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1601

TENGO ANTECEDENTES DE MIGRAÑA HEMIPLÉJICA CON AFECTACIÓN VERTEBROBASILAR

Z Serrano Soler, M García Galán, S Giménez Brisach, J Sanantón López, P Muñoz Padilla, J Almendro Noguera, E Heredia Heredia

Marina Salud. Ondara, Alacant

Palabras clave: migraine, hemiplegic, aura

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias, SUH, un varón de 53 años aquejando disminución de fuerza y sensibilidad en hemicuerpo izquierdo asociado a disartria y sensación de inestabilidad. Como antecedentes de interés destaca DM1 y seguimiento en neurología por episodios de deterioro del nivel de conciencia (no es posible conocer más detalles por barrera idiomática, originario de Holanda). En la exploración se objetiva hemiparesia izquierda, hemihipoestesia izquierda y disartria, además el paciente refiere visualización de halos de colores y cefalea occipital sin detallar más la sintomatología. En estudio analítico de urgencia (incluyendo tóxicos) únicamente destacan glucemias elevadas. Durante su estancia en SUH el paciente presenta de manera súbita Glasgow 3 y reflejos troncoencefálicos negativos. Ante sospecha de ACVA se solicita TC cerebral con resultado dentro de la normalidad. Posteriormente se realiza angioTC que tampoco presenta hallazgos patológicos. Cuando se dispone de traductor nos ponemos en contacto con la familia quienes explican diagnóstico a los 28 años de Migraña hemipléjica (MH). Tras realizar IOT se ingresa en UCI con la sospecha de MH con probable afectación vertebrobasilar. Tras 3 días en UCI se realiza extubación y se ingresa en MIN donde se realiza estudio más detallado de la enfermedad. Posteriormente a este episodio múltiples consultas en SUH con sintomatología diversa: cefalea, clínica vertiginosa con sensación de inestabilidad, coma con agitación psicomotriz (podría detallarse en la posible exposición del caso)... Todo esto a pesar de tratamiento con antipsicóticos, antiepilepticos, analgésicos...

Conclusiones:

Se trata de un paciente diagnosticado de MH, una variante infrecuente de migraña con aura que puede o no tener origen familiar. Se trata de un caso interesante puesto que, en demasiadas ocasiones, en los SUH se relaciona sintomatología neurológica con ACVA. Es necesaria la buena anamnesis y exploración de cada uno de los pacientes para poder realizar un adecuado diagnóstico diferencial, DD. En este caso en concreto deberíamos realizar un DD con: ACVA, tumores intracraniales, epilepsia con posterior parálisis de Todd, síndrome de SMART, El síndrome de cefalea y déficit neurológico transitorio con pleocitosis (HaNLD), Hemiplejia alternate de Childhood, Meningitis (a destacar la M. aséptica de Mollaret), Síndrome de Sturge-Weber.

A-1602

MENINGITIS POR VIRUS VARICELA-ZÓSTER EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

J Oliva Ramos, P Royuela Ruiz, J Álvarez Manzanares, M Villacorta Martín, J Moche Loeri, S Sánchez Ramón, R Castellanos Flórez

Urgencias. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Palabras clave: meningitis, virus, vesícula

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción: La varicela es considerada una enfermedad benigna de la infancia. Está causada por el virus Varicela-Zoster (VZ) y la vía de transmisión es el contacto directo con las lesiones cutáneas o por inhalación. Después de la primoinfección, el virus queda latente en los ganglios sensitivos dorsales. Posteriormente puede reactivarse en forma de Herpes Zoster (HZ). Otras formas como: meningitis, encefalitis o mielitis son infrecuentes y predominan en pacientes inmunodeprimidos. Objetivo: Se presenta el caso de una mujer de 19 años que acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) por cuadro de cefalea y sensación distérmica de varios días de evolución, inicialmente tratado como un cuadro pseudogripal. En las últimas horas se ha acompañado de vómitos y de la aparición de vesículas en región costal izquierda. Material y método: La paciente no presenta alergias medicamentosas conocidas. Está diagnosticada de urticaria crónica sin tratamiento en el momento actual. No intervenciones quirúrgicas. A la exploración física (EF) presenta buen estado general, sin rigidez de nuca ni signos de focalidad neurológica. Se objetivan lesiones vesiculosas en dermatoma D7 izquierdo. Resto EF sin anomalías. Temperatura: 37.7°C. Frecuencia cardíaca: 84. Tensión arterial: 109/68. Resultados: Se solicitan pruebas de laboratorio que incluyen hemograma, bioquímica y coagulación, destacando la presencia de leucocitosis: 12.800 y PCR: 13. Resto normal. La radiografía de tórax no muestra imágenes patológicas. En la TAC se descarta la presencia de hipertensión intracraneal y otras lesiones. Finalmente se realiza punción lumbar, obteniéndose la presencia de 533 leucocitos con predominio de mononucleares (99%) y proteinorraquia (134). La PCR fue positiva para virus VZ.

Conclusiones:

La reactivación del virus VZ predomina en pacientes mayores o inmunocomprometidos. Dicha reactivación en forma de meningitis es infrecuente, pero ha de tenerse en cuenta a la hora de evaluar a pacientes con HZ, que además presenten síntomas como cefalea y/o signos meníngeos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1603

PACIENTE EN ANURIA CON ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL DISECADO FISTULIZADO

LVE Velasco Elizondo, R Amora Hernández, A Gómez Martínez, S Velázquez Díaz, M Malia Pérez, V Sánchez Ferrández, M Llinares Antón

Hospital General Universitario Elda Virgen de la Salud. Alicante

Palabras clave: aneurisma abdominal aórtico, disección aórtica, anuria

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Hombre de 77 años. No alergias, hipertensión, bronquitis crónica, dislipemia, fibrilación auricular, fumador de 50 años/paquete. Independiente para actividades, disnea de moderados esfuerzos. Cirugías: amigdalectomizado. Tratamiento: acenocumarol, olmesartán/hidroclorotiazida 40/25mg, bisoprolol 2.5 mg, simvastatina 20mg. Acude al servicio de Urgencias por mal estado general, 12 horas de evolución con dolor cervicodorsal que no mejoraba con analgesia. Al realizar anamnesis completa, destaca anuria del mismo tiempo de evolución. No refería dolor abdominal, no sintomatología urinaria, respiratoria o digestiva previa, sin fiebre. No síndrome constitucional, ni otra sintomatología agregada. Exploración física: obesidad, normohidratado, consciente. No focalidad neurológica. Cuello: No rigidez, no dolorosa. Auscultación cardíaca: rítmico sin soplos. Auscultación Pulmonar: Murmullo vesicular disminuido global. Abdomen globuloso, destaca livedo reticularis, blando, depresible, no doloroso y sin signos de irritación peritoneal, no timpánico con ruidos hidroaéreos normales. Pulsos inguinales no valorables por obesidad. Extremidades inferiores con edema sin fovea principalmente en pierna izquierda. Signos de insuficiencia venosa periférica. Analítica destaca Urea: 101mg/dl, Creatinina 3.43mg/dl. Índice de Quick: 48% INR: 1.63. Gasometría: pH: 7.54, pCO₂: 25.5mmHg, pO₂: 74.7mmHg, Resto normal. Ecografía y Tomografía abdomino-pélvica: Aorta torácica descendente 32mm. Aneurisma de Aorta abdominal infrarrenal a 70mm de la salida de la arteria renal izquierda de 40x40mm se extiende hacia la arteria iliaca común derecha, 76x65mm plano axial. Extensión cráneo caudal de 126mm de longitud. El aneurisma presenta un trombo endoluminal disecado. Realce de las venas iliacas y la cava inferior similar al arterial, con una fistula entre el aneurisma iliaco derecho y la vena iliaca común izquierda. Hematoma presacro y bandas de líquido en pelvis, en relación con rotura de aneurisma, sin sangrado activo. Arteria iliaca común izquierda de 20x20mm, resto normal. Se remite a cirugía vascular dónde se realiza tratamiento endovascular colocando endoprotesis aortomonoiliaca derecha y oclisor vascular en iliaca común izquierda. En el control final, se observa desaparición de fistula arteriovenoso. El paciente se encuentra actualmente ingresado a cargo de cirugía vascular pendiente de evolución.

Conclusiones:

La disección aguda de aorta sigue siendo una de las enfermedades de la aorta más letales, siendo todavía un reto la disminución de la mortalidad, el pronóstico suele depender de un diagnóstico certero y rápido.

A-1604

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POSTQUIMIOTERAPIA EN PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL

V Carbajosa Rodríguez, S Calvo Sardón, S Beneítez Bartolomé, Y González Silva, S Nieto Sánchez, I Pérez González, S García Vaquero

Hospital Río Hortega. Área Oeste. Valladolid

Palabras clave: gastrointestinal hemorragias, pancreas neoplasms, cancer chemotherapy

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 80 años sin alergias, con antecedentes de: HTA, hemorragia digestiva alta por úlcera gástrica a los 50 años, cáncer de páncreas estadio IV con metástasis hepáticas y varices esofágicas, en tratamiento quimioterápico. Apendicectomizada. Tratamiento: omeprazol 1/24h, tramadol 37,5mg-paracetamol 325mg 1/8h, bromazepam 1.5mg/día, metamilol 575mg 2/8h. Motivo de consulta: paciente traída por el 112 por hematemesis y rectorragia masiva con inestabilidad hemodinámica. Han cogido dos vías periféricas y han realizado reposición hidroelectrolítica mediante suero salino. Inicio del cuadro hace más de doce horas intensificándose progresivamente. Última sesión de quimioterapia en los 3 días previos. Exploración: TA 139/78, Fc 102, T° 35,8°C, SatO₂ 92%. Consciente, orientada, colaboradora, mal estado general, palidez mucocutánea, normohidratada, eupneica en reposo. ACP: ritmo sinusal, taquicárdica, sin soplos. Reservorio en hemitórax izquierdo. Ulceras en ambas piernas, signos de linfedema crónico. Resto sin hallazgos. Solicitamos hemograma, bioquímica, coagulación y pruebas cruzadas. Se pauta zofran 4mg iv, 2 ampollas de pantoprazol iv y suero fisiológico 0,9% 1000cc. Se monitoriza de forma continua permaneciendo en zona de vigilancia. Analítica: Hb 7.4 g/dl, Hto 23.5%, VCM 88 fl, urea 54.2 mg/dl, Cr 0.59 mg/dl, LDH 314 U/L. Rx tórax sin hallazgos. Tras reevaluación se procede a transfusión sanguínea de dos concentrados de hemáties. Permanece estable durante su estancia en urgencias con cese del cuadro agudo, siendo ingresada en oncología con diagnóstico de hemorragia digestiva alta. Se realizó gastroscopia urgente donde se visualizan varices esofágicas grandes y se hace ligadura con bandas elásticas. Es dada de alta a los 4 días con diagnóstico de hemorragia digestiva alta secundaria a varices esofágicas.

Conclusiones:

La HDA es una de las urgencias médicas más frecuentes con una mortalidad entre 5-20%. Dada las características del caso, se trataría de una hemorragia moderada-grave secundaria a varices esofágicas que implica peor pronóstico. La reanimación del paciente precisa reposición de la volemia mediante sueros isotónicos y transfusión sanguínea, en este caso estaría contraindicada la colocación de sonda nasogástrica, siendo de vital importancia realizar una gastroscopia en las primeras 6 h. Es imprescindible la estabilización del paciente previa a la endoscopia, en la que el médico de urgencias juega un papel fundamental.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1605

OJOS QUE NO VEN...

I Miguéns Blanco, D Sánchez Sendín, E Díaz Vera, LJ Arce Segura

Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Palabras clave: vista, ceguera, psiquiatría

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 54 años que es traída al Servicio de Urgencias Hospitalarias por marcado deterioro del estado general y febrícula desde hace una semana. Como único antecedente, destaca facotomía en ojo derecho, pendiente de intervención ojo izquierdo por catarata. En la anamnesis, la paciente refiere la visión de bicicletas de múltiples colores, apoyadas sobre las paredes de su domicilio desde hace meses. Se descartó clínica infecciosa con afectación neurológica (neurosífilis, VIH, encefalitis, meningitis...). Persistiendo el fenómeno alucinatorio, con los antecedentes descritos, el diagnóstico final fue de Síndrome de Charles Bonnet.

Conclusiones:

Uno de los síntomas más llamativos en el compendio de la patología psiquiátrica urgente son las alucinaciones. No siendo específicos de la esfera psiquiátrica cumple plantear el diagnóstico diferencial con patología orgánica del Sistema Nervioso. Es por ello, que el conocimiento de este Síndrome de Charles Bonnet que le presentamos, suma interés en cuanto a ser un diagnóstico marcado por la anamnesis: ceguera adquirida, crítica de lo visualizado, habiendo descartado previamente, patología orgánica.

A-1606

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LUMBALGIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

E Miranda Sancho, F Téllez Joya, C Oliva Moreno, I Simón Prado

Urgencias. Hospital Punta de Europa. Cádiz

Palabras clave: back pain, pacientes, diseases

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Antecedentes personales: No RAMc Fumadora de 1paqueta/día IQ: vólculo en la infancia Tratamiento habitual: no realiza. Enfermedad actual: Mujer de 40 años con lumbalgia de un año de evolución a raíz de traumatismo por caída de escaleras que no mejora con reposo ni con analgesia, pérdida de peso no cuantificada, no fiebre ni otros síntomas B. Última revisión ginecológica hace mas de 10 años. Exploración: Buen estado general, bien hidratada y perfundida, consciente orientada y colaboradora. Afebril. No palpo bocio ni adenopatías laterocervicales ACP: rítmica no soplo. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos añadidos Mamas: no se palpan nódulos ni masas, no alteraciones del complejo areola-pezones. No alteración cutánea. No secreción espontánea por pezón. Abdomen: ruidos presentes, blando, deprimido, no dolor a la palpación, no masas ni megalias EE: Se palpan dos adenopatías axilares izquierdas de unos 2 cm. Exploración neurológica: sin focalidad salvo limitación a la abducción de hombro derecho acompañado de dolor. Pruebas complementarias: Hemograma: 11400 leucocitos con 79.5%N Bioquímica: PCR 8.65 Rx lumbar: posible hundimiento de L1. Rx de tórax: posible imagen metastásica en cabeza humeral derecha. Juicio clínico: Cáncer de mama estadio IV, RH positivos. Diagnóstico diferencial: a) lumbalgia común (90%) de origen degenerativo o mecánico b) lumbalgia sintomática (10%) secundaria a neoplasia, traumatismo, infección. Tratamiento: Se procede a ingreso hospitalario en medicina interna para completar estudio y se administra analgesia intravenosa Evolución: Resultados: En analítica de planta: Hipercalcemia de 14 tratada con zolendronico y calcitonina mostrando posteriormente niveles de calcio entre 6.8-6.6 Estudio de extensión: múltiples lesiones metastásicas óseas con dudas de compromiso medular en varias localizaciones además de Primario en mama izquierda y metástasis pulmonares bilaterales y axilar izquierda. Se procedió a biopsia de lesión mamaria y axilar que confirman diagnóstico de: Carcinoma Ductal Infiltrante. RMN columna y pelvis: infiltración difusa y parcheada de la medula ósea con cordones lumbares compatibles con metástasis mixtas. Se aprecia pérdida de altura en cuerpo vertebral L1. En el cordón medular no se objetiva mielopatía compresiva en la actualidad. En pelvis ósea extensa infiltración medular compatible con origen metastásico Moderada ascitis en pelvis con engrosamiento peritoneal, compatible con carcinomatosis. Tc Cráneo: parénquima cerebral sin hallazgos radiológicos de interés. Tres lesiones líticas nodulares óseas en el cuerpo del esfenoides.

Conclusiones:

La lumbalgia debe estudiarse en colaboración atención primaria-atención especializada.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1607

COMPLICACIÓN IATROGÉNICA DE COLONOSCOPIA URGENTE

AM Armada López, G Lavia

Complejo Hospitalario El Ferrol. A Coruña

Palabras clave: iatrogenia, colonoscopia, enfisema mediastínico

Historia clínica:

Presentamos el caso de un paciente de 93 años, sin antecedentes personales de interés, con dos episodios previos de vólvulos de sigma (2009) y (2012) resueltos mediante colonoscopia. El paciente acude al servicio de urgencias por dolor abdominal, distensión y ausencia de expulsión de gases de 24 horas de evolución. Con la historia clínica y la exploración física se sospecha una obstrucción intestinal, se realiza una RX de tórax y abdomen donde se objetiva un Vólvulo de Sigma por lo que se comenta el caso con el equipo de Digestivo realizándose una colonoscopia urgente. Posterior a la técnica colonoscópica el paciente comienza a desaturar por lo que se traslada a Urgencias, donde se diagnostica: neumotórax a tensión, neumoperitoneo y enfisema subcutáneo por lo que se procede a Soporte vital avanzado, descompresión torácica con pleurecat e intervención quirúrgica urgente para resolver la perforación intestinal. Se realiza colonostomía izquierda de descarga y tratamiento intensivo para la peritonitis asociada.

Conclusiones:

Es importante recordar que la perforación colónica iatrogénica es una complicación poco frecuente pero grave por lo que debemos tenerla en cuenta siempre que se realice para estar preparados para diagnosticarla y tratarla a tiempo.

A-1608

TRATAMIENTO DEL VÓLVULO GÁSTRICO, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

L Basagoiti Salazar B García Fontenla, E Alcántara Álvarez, F Fuentes Diego (1)

Clínica IMQ Zorrotzaurre. Getxo, Bizkaia

Palabras clave: vólvulo, gástrico, complicaciones

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Se presenta un caso de vólvulo gástrico agudo, valorado en el servicio de urgencias, tema de discusión motivado por las diferentes posibilidades terapéuticas planteadas y que derivaron en complicaciones relacionadas con su tratamiento.

Conclusiones:

El tratamiento del vólvulo gástrico es urgente y quirúrgico debido al riesgo de perforación, necrosis e isquemia, bien sea con gastropexia, técnicas endoscópicas, laparoscopia o mixta, con corrección de los factores predisponentes, para evitar recidivas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1609

SHOCK HEMORRÁGICO SECUNDARIO A HEMOPERITONEO NO TRAUMÁTICO

S Sendra Esteve, N Pardo Pavia, R Gírbés Marí, L Linares Valls,
JA Castelán Domínguez, I Baeza Galdón

Hospital Universitario de La Ribera. Valencia

Palabras clave: hemoperitoneo, shock hemorrágico, dolor abdominal

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente varón de 63 años con alergia a AAS y sin antecedentes médicos de interés ni tratamiento crónico alguno, que acude a Urgencias por dolor en hemiabdomen derecho de inicio hace 48 horas, continuo y progresivo, inicialmente leve y sin clínica asociada. Unas horas antes de su consulta el dolor se intensifica presentando cuadro sincopal de unos minutos de duración precedido de mareo y con recuperación completa y espontánea. A la exploración el paciente se presenta consciente y orientado glasgow 15, eupneico, palidez cutánea, normohidratado. Hemodinámicamente estable. No rigidez nuca ni focalidad neurológica. ACR rítmico sin soplos ni ruidos, mvc sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible doloroso a la palpación en hipocondrio/vacio derecho sin signos de peritonismo. No signos TVP en MMII. Estando en Box de Urgencias presenta un nuevo episodio sincopal estando acostado, acompañado de hipotensión y bradicardia con constantes: TA 60/45, FC 40x?, sO₂ 99% aa. Se realiza ECO FAST a pie de cama en la que se objetiva líquido libre en espacio de Morrison. La analítica no presentaba hallazgos destacables. Se estabiliza al paciente mediante fluidoterapia IV y se solicita TAC abdomino-pélvico urgente que objetiva líquido libre intra-abdominal hiperdenso de predominio perihepático y una lesión focal hepática heterogénea con imagen sugestiva de extravasación de contraste como signo de sangrado activo que parece depender de una rama de la arteria hepática derecha. El paciente ingresa a cargo de UCI. Se procede a embolización arterial hepática sin complicaciones inmediatas pero con mala evolución inicial persistiendo clínica sugestiva de sangrado activo por lo que se realizó una segunda embolización arterial con evolución favorable posterior.

Conclusiones:

El interés del caso radica en lo poco frecuente que es el hemoperitoneo espontáneo como causa de dolor abdominal, especialmente en un paciente no anticoagulado y la importancia que tuvo la ECO FAST realizada en Urgencias para la correcta orientación diagnóstica del paciente.

A-1610

CAÍDA DE TIEMPO DE EVOLUCIÓN INDETERMINADO

D Fernández Torre (1), P López Tens (2), A Blanco García (1),
E Gil Camarero (3), J Villar Ramos (4), M Montes Pérez (5)

(1) Centro de Salud Camargo Costa, (2) Centro de Salud Cazoña,
(3) Centro de Salud Meruelo, (4) Centro de Salud Dávila, (5) Centro
de Salud Camargo Interior. Cantabria

Palabras clave: rabdomiolisis, hemoglobinuria, iatrogenia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 93 años que vive sola con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, gonartrosis bilateral, espondiloartrosis generalizada y polimedicada que es encontrada en el suelo de su domicilio con buen nivel de conciencia y relajación de esfínteres. La paciente no recuerda nada de lo sucedido y niega sintomatología asociada. EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: destaca febrícula de 37.8°C, desorientada en tiempo y lugar. Lesión negruzca plantar izquierda, dolorosa a la palpación. No focalidad. Resto normal. En las pruebas complementarias: Urea 51, ALT 73, AST 60, LDH 265, CK 661, troponina 0.04 ng/ml. 11500 leucocitos (87.7% neutrófilos, 6.7% linfocitos. Hemoglobina 13.8 g/dl. Elemental y sedimento: hemoglobina ++, 15-30 hematíes/campo, 15-30 leucocitos/campo, bacteriuria moderada. Electrocardiograma: normal. Radiografía tórax: cardiomegalia sin infiltrados ni derrame pleural. Radiografía abdominal: abundantes heces y gases. TAC cerebral: atrofia cortical sin signos de isquemia y/o hemorragia aguda. EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS: se suspenden fármacos como benzodiacepinas y opioides por si la caída tuviese relación con iatrogenia farmacológica y se inicia tratamiento antibiótico empírico para su infección urinaria con buena evolución analítica. Además descenso progresivo de los valores de creatinina (CK) hasta normalización. Hablado con la familia, se decide por ingreso en residencia. JUICIO CLÍNICO: episodio de caída en domicilio en paciente con demencia moderada. Como factores predisponentes: gonartrosis bilateral e hiperqueratosis plantar. Factor precipitante: probable iatrogenia farmacológica (benzodiacepinas y opioides) e infección urinaria. Rabdomiolisis secundaria a la caída. Infección urinaria. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: en este caso debe hacerse con accidentes cerebrovasculares, crisis comicial, cardiopatía isquémica, arritmias, infecciones, síncope, miopatías y enfermedades metabólicas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

Conclusiones:

Actualmente cada vez son más frecuente las caídas en el anciano. Esto es propiciado por problemas sociales (residen solos, escaso apoyo social), domicilios sin adaptación (alfombras, sin asideros, bañeras, escaleras...), pluripatología y polimedicación que hace que cualquier factor externo les produzca una descompensación aguda de su situación basal. La rabdomiolisis es la necrosis muscular frecuente en caídas en las que se produce una compresión prolongada, como este caso (caída no presenciada) que puede producir fracaso renal. Es importante el seguimiento y monitorización de la CK y función renal para conocer el pronóstico. La hemoglobinuria sólo se detecta en fases iniciales del cuadro.

A-1611

MENINGISMO POSTRAUMÁTICO

MD Fontecha Olid, L Pancorbo Fernández, M Cárdenas Cruz

Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras clave: fractura vertebral, cefalea, vómitos

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 50 años sin antecedentes de interés. Presento caída sobre la espalda con fractura de D12 y L1 con afectación del muro anterior que fue tratada con reposo de 2 semanas y corsé de Jewet. Al cabo de las 24 horas tuvo retención aguda de orina que precisó sondaje vesical. A las 72 horas presenta cuadro de cefalea occipital aguda que no cede con analgésicos habituales y vómitos, con dudosa rigidez de nuca, sin fiebre. Tac craneal realizado ante la sospecha de síndrome meníngeo que es normal. No se realiza punción lumbar por la fractura vertebral. Se inicia tratamiento antibiótico empírico contra posible meningitis aguda bacteriana, mejorando la clínica hasta la desaparición total de los síntomas, siendo alta a los 8 días, persistiendo solo la retención urinaria, que desapareció a las pocas semanas.

Conclusiones:

Los traumatismos vertebrales pueden dar síntomas neurológicos muy variados simplemente por la contusión de la médula espinal, sin evidencias de afectación anatómica por pruebas de imagen.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1612

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UN PROCESO NEUROLÓGICO

E Muro Fernández de Pinedo, L Pérez Ordoño, A Pérez Jacoste, A García Marín, L Castro Arias, J Vila Santos, A Sánchez Morla

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Palabras clave: hemiparesia, Guillain Barré, atípico

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Mujer 87 años, acude por pérdida de fuerza en hemicuerpo derecho. Antecedentes personales: trombocitemia esencial desde 2001 sin tratamiento. Inicia 24 horas antes de acudir inicio brusco de pérdida de fuerza en hemicuerpo derecho, hipoestesia, dolor a nivel de MSD (proximal). Destaca a la exploración 37,2°C y FC 120 lpm. A la exploración destaca desviación de la comisura labial hacia la izda, fuerza 4-/5 en MSD y MID (predominio proximal), conservada en hemicuerpo izdo, e hipoestesia en hemicuerpo derecho. Se realiza inicialmente analítica completa normal, ECG con taquicardia sinusal y Rx de tórax normal. En TC craneal: enfermedad isquémica crónica de pequeño vaso. Impresionando de ictus en territorio de cápsula interna izquierda se inicia Adiro 300 mg + atorvastatina 80 mg. Pero al día siguiente asocia a la exploración debilidad en brazo izquierdo (imposible elevarlo en contra de la gravedad) e imposibilidad para la marcha por debilidad en EEII así como ROT disminuidos en EESS y dolor cervical. Ante una paraparesia invertida, con debilidad de predominio en EESS más marcada proximalse solicita RMN urgente que descarta compresión medular/ mielopatía cervical espondilótica así como hemorragia. Se sospecha inicialmente isquemia en arteria vertebral: lesión medular central. Se pauta tratamiento conservador, pero 24 horas después continua progresando (fiebre 38°C + debilidad en la flexión cervical, en ambas EESS y abolición universal de los ROT). Ante sospecha de polineuropatía inflamatoria aguda-síndrome de Guillain-Barré se procede a realización de PL: Leucocitos 10 cels/mm³ (100% mononucleares), glucosa 84 mg/dl, Proteínas 0,37 g/l (sin disociación albumino citológica), pero ante la alta sospecha se inicia tratamiento con inmunoglobulinas a 0,4 gr/kg durante 6 días. Se completa el estudio con ELECTRONEUROGRAMA: neuropatía axonal con desmielinización distal y proximal. Pese al tratamiento la paciente presenta mala evolución, y tras 12 días fallece en planta (claudicación respiratoria).

Conclusiones:

El Síndrome Guillain Barré es una enfermedad heterogenea, que incluye presentaciones atípicas como nuestra caso: paraparesia invertida con inicio de hemiparesia (series descritas en la literatura), que hace que el diagnóstico se retrase o se dificulte. El dolor en fase aguda es muy frecuente (predominio espinal) y la taquicardia sinusal aparece hasta 70%.

A-1613

CEGUERA UNILATERAL SÚBITA. ¿SE TRATA DE UN ANEURISMA?

E Lagares Santana, M Moreno Fernández, F Muñoz Lara

Hospital Regional de Málaga

Palabras clave: aneurysm, blindness, neuroradiography

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varon de 49 años hipertenso(en tratamiento con enalapril de 5 mg) y fumador con cuadro de cefalea de una semana de evolucion sin mejoría con AINE. Comienza con ceguera de ojo derecho de 24 h de evolución. A su llegada paciente normotenso con cefalea hemirraneal derecha con un EVA de 3-4. Valorado por Oftalmología descartando patologia oftalmologica se deriva a hospital de tercer nivel donde se realiza TAC de craneo sin contraste objetivandose hematoma subdural evolucionado de convexidad derecha con minimo efecto masa y de escasa cuantía con aneurisma de Arteria comunicante anterior(confirmado posteriormente con Angio-TC y Resonancia magnetica nuclear). El paciente queda ingresado en UCI donde se realiza embolizacion con excelente resultado siendo dado de alta en una semana con mejoría (aunque con disminucion de vision en ojo derecho).

Conclusiones:

Aunque se trata de una causa poco frecuente de ceguera tenemos que pensar en ella en casos clínicos que asocien cefalea resistente a tratamiento habitual. En esos casos tenemos que derivar a Centros Hospitalarios de tercer nivel para valoracion de una posible neurocirugía.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1614

DOLOR DE LA FOSA ILÍACA DERECHA. APENDICITIS NO SIEMPRE ES LA RESPUESTA

R Gómez Guerra, J del Cañizo Canto, C Hidalgo Collazos,
M Gil Mosquera, C Bibiano Guillén

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

Palabras clave: abdominal pain, inflammatory bowel disease, appendicitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer 28 años con antecedente de anemia ferropenia en estudio, que acude a urgencias por dolor a nivel de fosa iliaca derecha y estreñimiento de 48 horas de evolución, sin otros datos clínico de interés. En la exploración clínica presenta defensa abdominal significativa a nivel de fosa iliaca derecha. Analíticamente se observa leucocitosis con elevación de PCR, por lo que se realizó ecografía abdominal para descartar apendicitis aguda donde no se ve el apéndice, aunque si abundante cantidad de líquido libre. Se realizó TC abdominal con contraste donde se confirmó la presencia de abundante contenido líquido, con engrosamiento a nivel de íleon y ciego, con presencia de plastrón inflamatorio a este nivel. La paciente fue valorada por cirugía y ginecología, que descartaron patología urgente en su campo. Ante el dudoso diagnóstico de la paciente, se decide cubrir de manera empírica con antibiótico, con lo que la paciente presentó mejoría clínica y analítica, manteniendo niveles de PCR elevados. La paciente realizó deposiciones adecuadamente, tomándose muestra con coprocultivo dentro de la normalidad. Posteriormente se realizó colonoscopia con hallazgos de intensos cambios inflamatorios en íleon distal y ciego ascendente con toma de biopsia cuyo resultado anatomopatológico no fue concluyente para el diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal. Dada la alta sospecha de este diagnóstico se le realizó entero RMN donde se visualizó afectación inflamatoria en íleo distal, íleo terminal y ciego, con marcada afectación inflamatoria regional, con dilatación de asas de intestino delgado proximales al segmento inflamado. Se inició tratamiento empírico con budesonida y 5-ASA ante la alta sospecha de que se tratase de una EII tipo Enfermedad de Crohn, a pesar de los resultados inespecíficos de la biopsia.

Conclusiones:

Los dolores abdominales en fosa iliaca derecha suele ser una de las más comunes indicaciones de pruebas de imagen en urgencias dada la amplia variedad de diagnósticos diferenciales que lleva implícito el dolor en esta localización, algunos de importante gravedad.

A-1615

DOLOR LUMBAR: IRRITACIÓN MENÍNGEA SECUNDARIA A HEMORRAGIA INTRACRANEAL

A Pérez Zapata, S Melero Cabezas, FJ Rosa Rubio,
S Cortés Company, SR García de León Chocano

Hospital General Universitario de Valencia

Palabras clave: dolor lumbar, meningismo, hemorragia cerebral

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 75 años de edad que consulta en urgencias por dolor lumbar continuo que no cede a analgésicos y cefalea inespecífica de una semana de evolución, asociando mal estado general y pérdida de apetito. Es la cuarta consulta consecutiva en urgencias en diez días por motivos similares dada la no mejoría. Antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemia. Cardiopatía isquémica y portador de tres stents coronarios. Colectomizado. En urgencias presenta tensión arterial 146/93, 70 latidos por minuto, saturación de 96% aire ambiente. Afebril. La exploración neurológica se encuentra dentro de la normalidad. La analítica de sangre no presenta alteración patológica en hemograma ni bioquímica. Marcadores de daño miocárdico negativos. Rx lumbar presenta cambios degenerativos en vértebras lumbares. Angio-TC aorta torácica y abdominal sin signos de disección ni otras alteraciones relacionadas con síndrome aórtico agudo. TAC craneal realizado en la última asistencia en urgencias 72 horas antes con signos involutivos e hipóxico isquémicos crónicos. ECG sin cambios de isquemia aguda. Tras la inespecificidad de la clínica y pruebas complementarias se decide realizar interconsulta urgente a neurocirugía, con quien se decide ingresar al paciente para estudio preferente con imagen de resonancia magnética y descartar compresión medular lumbar. En las dos horas posteriores al ingreso presenta disminución brusca del nivel de conciencia e inestabilidad hemodinámica, solicitándose nuevo TAC craneal que muestra hemorragia intraventricular en ambas astas occipitales con foco de hemorragia subaracnoidea silviana izquierda y occipital derecha, como otros focos difusos de hemorragia subaracnoidea con importante dilatación tetraventricular. El estudio angio-TAC no encuentra lesión vascular subyacente responsable del sangrado. Se coloca de urgencias por parte de Neurocirugía drenaje ventricular externo en colocación frontal derecho con salida de líquido serohemático a presión y mejoría posterior del nivel de conciencia. El paciente queda ingresado en UCI con evolución satisfactoria persistiendo un déficit del III par craneal derecho mínimo.

Conclusiones:

Finalmente el paciente recupera casi por completo, permitiendo movilidad y deambulación con andador a pesar de encamamiento prolongado. No persiste dolor lumbar ni cefalea inicial, que se tomaron como secundarias a irritabilidad meníngica secundaria a sangrado mínimo inicial no visible en TAC.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1616

UVEÍTIS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

JE González Tejada, M López Hernández, CI Holguin Mena, MR Chipana Salinas, AM Arilla Albas, JE Marcelin, S Bohórquez Batlle

Hospital de Barbastro. Huesca

Palabras clave: uveítis, espondilitis anquilosante, espondiloartropatía

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Introducción: Las uveítis son un grupo heterogéneo de entidades clínicas, de muy diversas causas, que tienen en común la inflamación intraocular. Pueden ser la manifestación de una enfermedad generalizada ya establecida, ser un proceso limitado al globo ocular, o incluso ser el primer signo clínico de una entidad que se desarrollará con el tiempo. Caso clínico: Se trata de un varón de 56 años fumador con antecedentes de faringitis crónica, úlcera duodenal e historia de intolerancia a la penicilina. Uveítis anterior en 2005. Acude a Urgencias para valoración por oftalmología por dolor y enrojecimiento ocular izquierdo de cinco días de evolución. A la exploración oftalmológica agudeza visual 0.4. Mejoría a 0.8 difícil con estenopeico OD/0.8. No mejoría con estenopeico OI. P/A: Cornea flutest negativa ambos ojos. Opacidades cristalinas leves ambos ojos. Mínimos precipitados endoteliales en córnea inferior Ojo izquierdo. Leve Tyndall Ojo Izdo. Sinequias irido cristalinas de 2 a 8 horas. Ojo izquierdo. Inyección ciliar Ojo izquierdo. PIO: 18 mmHg. Derecho PIO /19 mmHg. FO normal en ambos ojos. Tras interrogatorio es derivado a consultas de Reumatología por dolor lumbar y rigidez matutina que mejora con la actividad e ibuprofeno ocasional. En analítica se confirma Espondilitis anquilosante, VSG: 4(-), Ac. ANA: negativo. FR:<10, ECA: 40 (8-52), PPC: 04 (0-7), HLA: A11, A24, B27 (+), Bw4, Bw6. En Radiografía lumbar presenta: Sacroileitis grado 3. Diagnóstico: espondilitis anquilosante.

Conclusiones:

La espondilitis anquilosante (EA) es una espóndilo artropatía que afecta el esqueleto axial y se presenta típicamente en varones entre 20 y 40 años con HLA B 27 positivo. La manifestación ocular más frecuente es la iridociclitis aguda no granulomatosa, unilateral y recidivante. La uveítis ocurre en el 20-40% de los pacientes y puede preceder a la afectación articular. Asimismo, el 30% de los varones con uveítis anterior aguda desarrollará EA.

A-1617

ALGO MÁS QUE UNA HIPERGLUCEMIA

M García Ventura, A Peinado Cano, P Hidalgo Pérez

Hospital Torrecárdenas. Almería

Palabras clave: hiperglucemia, hemicorea, diabetes

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 78 años de edad con los AP de hipotiroidismo, HTA de larga data, DM tipo II insulino dependiente con mal control, dislipemia, hipoacusia. Acude a urgencias por presentar desde hace tres días parestesias en hemicuerpo derecho con discreta pérdida de fuerzas y alteración de la coordinación en MSD. EXPL: CyO, BEG, BHyP, eupneico, tolera decúbito. No meningismo, no rigidez de nuca. ACR. Rítmico y sin soplos, no ruidos patológicos, mvc NEUR: PINLA, MOEC y MOIC, con fuerza en los 4 miembros simétrica y normal, con tono normal, sensibilidad normal. Destaca dismetría en la maniobra dedonarizar en MSD, además de movimientos coreicos en dicho miembro. BQ: Gluc 468, Urea 60, Cr 1.51, Na 137, K 5.81, PCR 0.18 H: Hb 13, Hto 38.6, VCM 92, HCM 31, lEuc 8648 (74% PMN), PlaQ 256000 C: AP 11.4, INR 0.9, TTPA 26.7, Fibrinógeno 548.5 TAC craneal: pequeñas lesiones hipodensas en ambos núcleos lenticulares en relación con infartos lacunares antiguos. Leve hipodensidad de la sustancia blanca periventricular en relación con leucoencefalopatía de pequeño vaso. Discreto aumento de la densidad a nivel de ganglios basales de ganglio izquierdo. Resto sin hallazgos. Se IC con Neurología el cual a la vista de la clínica y las pruebas complementarias, diagnostica a la paciente de hemicorea secundaria a hiperglucemia no cetósica. A pesar de que durante su estancia en área de Urgencias se consiguen cifras de glucemia inferiores a 200 mg/dL los movimientos coreiformes no desaparecen, por lo que se decide ingreso.

Conclusiones:

La etiopatogenia por la cual la hiperglucemia produce lesión a nivel de los ganglios basales no está clara. Se postula mecanismo vascular por la hiperviscosidad generada por la hiperglucemia, aunque parece que la alteración se debe más a trastornos metabólicos que vasculares. O bien el mayor uso del GABA en la hiperglucemia produce una disminución de la inhibición del tálamo desde el globo pálido. Otros autores barajan que existe un proceso inflamatorio inmunomediado. No se debe olvidar es que ante un paciente con un trastorno del movimiento de inicio brusco se ha de estudiar el metabolismo glucémico, pues en algunos casos es totalmente reversible y la mayoría mejoran con un buen control metabólico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1618

CEFALEA INESPECÍFICA, DEBUT ATÍPICO DE ENFERMEDAD DE MADELUNG

L Gómez Sánchez (1), T Gómez Sánchez (1), FJ Arroyo Fernández (1), EA López Gómez (1), CE Romero Jiménez (2), PJ Martín Olmedo (3), P Sáenz de Tejada Valdivia (1)

(1) Hospital La Línea de la Concepción, (2) Hospital Costa del Sol, Málaga (3) Centro de Salud San Roque (Consultorio Puente Mayorga). La Línea de la Concepción, Cádiz

Palabras clave: lipomatous disorder, familial multiple lipomatosis, Madelung's disease

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 54 años con antecedente de hipertensión arterial y alcoholismo moderado que acude a urgencias con cefalea de inicio brusco, sin otra sintomatología. A la exploración se evidencia una gran tumoración en la parte posterior del cuello de unos 8-9 cms, no móvil, de consistencia grasa, que no se delimita totalmente a la palpación. Se realiza una radiografía cervical donde se observa una rectificación cervical. Tras suministrar analgesia al paciente y mejorar la sintomatología, se realiza una Tomografía Computerizada (TC) cervical, donde se observa una masa grasa que se extiende a través del borde superior de los hombros, de forma simétrica, no encapsulada, compatible con enfermedad de Madelung. El paciente es remitido al Servicio de Cirugía Plástica, donde se realiza una liposucción de la zona, reduciendo considerablemente el tamaño.

Conclusiones:

La enfermedad de Madelung es más frecuente en hombres entre la 3ª y 5ª década de la vida. La mayoría de los casos son esporádicos, al parecer por un incremento en la actividad de la lipoproteína-lipasa, mutaciones mitocondriales o hipertrofia de los adipocitos por denervación simpática. Un 88% de los pacientes suelen asociar un consumo moderado de alcohol. El diagnóstico se basa en el examen físico, la localización y pruebas complementarias como la TC y Resonancia Magnética (RM). El tratamiento es quirúrgico, realizándose una liposucción en los casos moderados y la exéresis quirúrgica ante enfermedad severa.

A-1619

DOCTORA, TENGO FATIGA

E Muñoz Rubio (1), OY Gómez Nieves (2), A Izquierdo Gomar (3)

(1) Centro de Salud Saladillo, (2) Urgencias. Hospital Punta Europa, (3) MIR MFyC Centro de Salud La Velada. Algeciras, Cádiz

Palabras clave: linfoma difuso células grandes B, adenopatía, síndrome constitucional

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

HTA, DM tipo 2, Dislipemia. IQX. Colectectomía y bloqueo tubárico. Tto. Domiciliario: losartan, trajecta, meformina, simvastatina. M.C: Mujer de 67 años que consulta por náuseas, estreñimiento, astenia, anorexia y pérdida de 10kg con escalofríos vespertinos de 2 meses de evolución. Exploración física: AEG, Palidez cutánea. Abdomen globuloso, blando y depresible, sensible en zona de epigastrio e hipocondrio izquierdo, masa palpable en mesogastrio, no irritación peritoneal. EEL: Signos de Insuf. Venosa periférica. Pruebas complementarias: Analítica: Hb 12.5, Leucos 6500, plaquetas 242 000, VSG 16, coagulación normal. Resto normal. TAC abdomen: masa densa de 32x 17 mm a nivel de mesogastrio-flanco izquierdo con aumento mal definido de la grasa adyacente y múltiples adenopatías patológicas de hasta 15 mm, puede contactar con 4º porción duodenal, sugestivo de proceso linfoproliferativo. Esplenomegalia de 14 cm. Adenopatía retroperitoneal paraaórtica de 9.5mm. Biopsia de adenopatía abdominal: Células grandes de relativamente escaso citoplasma, núcleo vesiculoso de contorno polilobulado o liso. Se disponen de forma difusa entre las fibras colágenas y se acompañan de linfocitos de mediano tamaño. Las células muestran positividad a CD20, CD 79, CD 10, BCL 2 y BCL 6. Juicio Clínico: Linfoma Difuso de Células Grandes B. Evolución: Pendiente de PET, ecocardiograma. Inicia CHOP durante ingreso.

Conclusiones:

LDGGB es el tipo más común de linfoma no Hodgkin en adultos, con una incidencia anual de 7-8 casos por cada 100.000 personas por año. El diagnóstico de LDGGB se hace mediante biopsia. La inmunohistoquímica utiliza tinciones basadas en anticuerpos altamente específicos para detectar genes pronósticos, que habían sido implicados en la patogénesis del DLBCL en estudios de expresión génica. Ejemplos de tales genes incluyen BCL2, BCL6, MUM1, LMO2, MYC, y p21, algunos de los cuales fueron positivos en este caso. El tratamiento estándar es R-CHOP, con la adición de rituximab que ha aumentado las tasas de respuestas completas en pacientes con DLBCL. El subtipo del centro germinal (GCB) tiene el mejor pronóstico, con una supervivencia del 66,6% de los pacientes tratados a los cinco años.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1620

PINEOCITOMA CON PRESENTACIÓN CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

C Fernández Alcalá, M Villegas Pablos, J Beteta Moya,
JE Cobo Muñoz

Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras clave: pineocitoma, psiquiatría, hidrocefalia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 25 años, sin antecedentes personales de interés, es derivada de su Centro de Salud al Complejo Hospitalario de Jaén, para valoración urgente por parte de Psiquiatría de trastorno del comportamiento de 2 meses de evolución, con conducta desinhibida y estado depresivo, acompañado en los últimos días de ideación delirante de muerte. Ha estado en tratamiento con antidepresivos y ansiolíticos, con escasa respuesta terapéutica. La paciente atribuye sintomatología a situaciones de estrés laboral, con deterioro de relación con compañeros y superiores. Sus padres y abuelos maternos, están diagnosticados de personalidad ansioso-depresiva. Tras ser valorada por psiquiatra de guardia, es diagnosticada de síndrome ansioso-depresivo, y se le ajusta tratamiento para ello. A las dos semanas vuelve a consultar por no mejoría clínica, por lo que se le realiza TAC craneal que detecta una lesión ocupante de espacio en la región pineal, sin signos de hidrocefalia. Es ingresada en Neurocirugía, que solicita RMN que confirma dicha lesión. La biopsia estableció el diagnóstico de pineocitoma.

Conclusiones:

El Pineocitoma es un tumor de la región pineal, poco frecuente, que aparece principalmente en adultos jóvenes (25 a 25 años), y con frecuencia cursan con hipertensión intracraneal (cefalea, vómitos, diplopía, etc.) debido a hidrocefalia por obstrucción del acueducto de Silvio, precisando de derivación de LCR urgente, y posterior extirpación de la lesión. El diagnóstico inicial precoz es importante para instaurar un tratamiento adecuado y evitar el desarrollo de hidrocefalia y secuelas posteriores. La presentación psiquiátrica inicial, sin focalidad neurológica, ni otros signos de organicidad, retrasaron el diagnóstico. Por lo tanto, debemos concluir que en pacientes que comiencen con sintomatología psiquiátrica, sin respuesta a tratamiento específico para ello, es importante realizar una exploración neurológica completa que descarte lesión orgánica.

A-1621

DEBUT DIABÉTICO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

Al Nogales García, A Revuelta Alonso, A Crespo Giménez,
MR Sanz de Barros

Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid

Palabras clave: hiperglucemia, poliuria, polidipsia

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO: Varón de 31 años, fumador de tabaco y marihuana, antecedente de traumatismo costal cerrado tras caída accidental, con hidroneumotórax y hemotórax asociado. Acude derivado desde Atención Primaria por glucemia muy elevada no cuantificable con glucómetro y cuadro de dos semanas de evolución de visión borrosa, con clínica cardinal de poliuria, polidipsia y nicturia de 10-12 veces. Posible pérdida de peso no cuantificada. EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Afebril, TA 120/86 mmHg, FC 94 lpm, Saturación O₂ 97%, BMtest Hi. Auscultación cardiopulmonar anodina. Abdomen blando, depresible, no doloroso, con ruidos conservados, sin masas ni megalias, ni signos de irritación peritoneal. Pupilas discretamente anisocóricas y normorreactivas, resto exploración neurológica normal. Analítica: glucosa 1751 mg/dl, Na 126 mmol/L, Osmolaridad calculada 345 mOsm/kg. Gasometría: pH 7.33, HCO₃ 23.1 mmol/L. Orina: glucosa > 1000 mg/dl, cuerpos cetónicos negativos. EKG: ritmo sinusal a 65 lpm, pobre crecimiento de R en V1-V3, T negativa en V3. Radiografía tórax: callo de fractura en costillas 4-7. TAC craneal: sin alteraciones. JUICIO CLÍNICO: Debut diabético tipo 1 con presentación atípica. Descompensación hiperglucémica hiperosmolar. Pseudohiponatremia. Visión borrosa y anisocoria izquierda probablemente secundaria a situación hiperosmolar. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Cetoacidosis diabética.

Conclusiones:

Se inició fluidoterapia e insulino terapia en perfusión intravenosa e ingreso en UCI para control inicial, a su salida de UCI ingresa en planta de Endocrinología para ajuste de tratamiento insulínico e inicio de educación diabetológica, siendo dado de alta con el diagnóstico de debut diabético a filiari, probablemente tipo 1 con presentación atípica, ya que el debut diabético tipo 1 es frecuente en pacientes jóvenes, sin embargo, lo habitual es la presentación como cetoacidosis diabética. En la actualidad está en seguimiento en consultas externas de endocrinología.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1622

ENFERMEDAD DE CROHN. PRESENTACIÓN INUSUAL

F Mayea Sánchez (1), RM Miñarro García (1), FJ Serna Gea (1), A González Zayas (2)

(1) Hospital Vega Baja, Orihuela, Alicante, (2) Hospital Rafael Méndez. Lorca, Murcia

Palabras clave: dolor abdominal, Crohn, complicaciones

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 71 años si APP, sin tto previo. Acude a urgencias por dolor en epigastrio con irradiación a ambos Hipocondrios de poca intensidad (2/10) de una semana de evolución, diarrea en ocasiones, aftas orales que le impiden alimentarse, asténica y decaída. Pérdida de peso de más menos 7 Kg en un mes. EF(+): Abd: Globuloso, discreta contractura antalgica en hemiabdomen superior, dolor a la palpación profunda en epigastrio. Resto Normal. PCR: 26,60 mg/dl. Leuc: 16,52 10E9/L (Neutro: 13,65 para un 83%). Rx Torax (Bipe): Neumoperitoneo. (Sig. Popper). Rx Abdomen: Impresiona segmento de colon transverso de menor calibre. TAC Abdomino-Pelvico: Neumoperitoneo. Engrosamiento concéntrico de paredes de colon transverso sugiero descartar proceso subyacente. JC: Perforación de víscera hueca. Conducta: Tratamiento quirúrgico. (Hemicolectomía derecha ampliada, y anastomosis TT). Diagnóstico definitivo: Enfermedad de Crohn. (Confirmado con AP).

Conclusiones:

Caso interesante por ser muy poco frecuente esta forma de presentación y menos como Primer Debut. La Perforación como una de las complicaciones: Solo aparece en el 1% de los casos. (La perforación aguda se presentará normalmente con dolor abdominal intenso, malestar general, sudoración, fiebre y a veces los signos de peritonitis son evidentes, o abscesos intra abdominales, no perforación libre). No presentado en este caso.

A-1623

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: TUMORES BENIGNOS DEL ESPACIO INTRADURAL EXTRAMEDULAR

C Oliva Moreno, F Téllez Joya, I Simón Prado

Urgencias. Hospital Punta de Europa. Algeciras, Cádiz

Palabras clave: benign tumor, patients, spinal cord

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Hombre de 19 años. No alergias medicamentosas. Anemia hemolítica autoinmune por anticuerpos calientes en 2008. En tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, relajantes musculares y analgésicos. Acude por tercera vez en una semana a urgencias y refiere dolor costal hipocondrio izquierdo desde hace 8-9 días y parestesias en ambos miembros inferiores e imposibilidad para la bipedestación desde hace horas. No antecedentes de procesos infecciosos, no disnea, no dolor torácico, no fiebre, no vómitos, no diarreas, no estreñimiento, no síndrome miccional, no relajación de esfínteres. Exploración física: Exploración neurológica: Buen estado general, consciente orientado y colaborador, bien hidratado y perfundido, eupneico en reposo, hemodinámicamente estable en la actualidad. Glasgow 15/15. PINRLA, pares craneales normales, no signos meníngeos ni rigidez de nuca. No déficit sensitivo. Hipoestesia en ambos miembros inferiores sobre todo en 1/3 medio y mitad inferior de miembro inferior derecho. Hiperreflexia bilateral, más marcada en miembro inferior derecho. Paresia en ambos miembros inferiores que imposibilita la bipedestación y fasciculaciones esporádicas. Pulsos conservados, mínimos edemas maleolares, no signos de TVP. No disimetría índice-nariz. ACP:normal Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en flanco izquierdo y sensación de parestesias abdomen inferior hasta región umbilical. No masas ni megalias palpables. No signos de defensa ni peritonismo. No hernias. No ascitis. Ruidos intestinales conservados. No soplos vasculares. Blumberg negativo, Murphy negativo. PuñoperCUSION renal bilateral negativa. Se solicita Hemograma, Bioquímica, Coagulación, radiografía de tórax y ECG y TAC craneal: sin hallazgos significativos. Ecografía abdominal: Gran esplenomegalia homogénea de unos 20cm de eje mayor. Punción lumbar: Aspecto sobrenadante ligeramente xantocrómico, leucocitos 2 hematies: 40, glucosa: 52, proteínas 428,4 ADA 0,0 Interconsulta con Medicina Interna y se comienza con flebogamma en bomba. Valorada por Neurología y solicitan RMN cráneo-cervical-dorsolumbar urgente: Probable meningioma en placa localizado en el aspecto dorsal del canal raquídeo dorsal entre cuerpos vertebrales D3-D7, que ejerce moderado efecto compresivo sobre cordón medular, sin signos de mielopatía ni mielomielomía Evolución: Se contacta con Neurocirugía de hospital de referencia y se traslada en ambulancia medicalizada emergente. JUICIO CLÍNICO: Mielopatía dorsal compresiva por posible meningioma. Diagnóstico diferencial: meningiomas, schwannomas-neurofibromas, ependimoma, quistes aracnoideos, hemangiopericitomas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

Conclusiones:

El trabajo en equipo multidisciplinar por el bien del paciente y para llegar a un diagnóstico sabiendo que la RM es el método de elección en el estudio de la patología adquirida del canal raquídeo.

A-1624

¡¡¡DOCTOR QUE ME MUERO!!! DOLOR ABDOMINAL DE 10 DÍAS DE EVOLUCIÓN

FJ Vara Morate, P Rodríguez de Temble Relaño, FJ Garriguet López, R Mohedano Mohedano

Hospital Alta Resolución Valle del Guadiato. Córdoba

Palabras clave: dolor abdominal, peritonitis, perforación intestinal

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Hombre de 48 años de edad que es derivado a nuestro hospital desde atención primaria, por cuadro de dolor abdominal en epigastrio de 10 días de evolución, con irradiación a ambos hipocondrios, acompañado de cuadro de náuseas y vómitos, y heces caprinas escasas. Es derivado por dolor incontrolable y estado de agitación del paciente. Como antecedentes personales destacables el paciente únicamente padece de Diabetes Mellitus Tipo II en tratamiento con Metformina 850 mg cada 12 horas, con buen control de cifras de glucemia capilar. A su llegada impresiona de mal estado general, palidez cutánea, hiperemia conjuntival bilateral, sudoración profusa, y ansiedad. Auscultación cardiorespiratoria sin hallazgos reseñables, no es posible exploración abdominal por el dolor que presenta el paciente, por lo que se administra Petidina hidrocloreto + 3 miligramos de midazolam intravenoso, destacando un abdomen distendido, timpanizado, con blumberg positivo y doloroso en todo el hemiabdomen superior. Pulsos femorales simétricos y sin signos de hipoperfusión distal. Se realiza electrocardiograma en ritmo sinusal a 100 latidos por minuto, intervalo PR de 0.16 segundos, Bloqueo incompleto de Rama Izquierda, sin alteraciones agudas. Analítica sanguínea: Leucocitos 24.33, neutrófilos totales 22.26, Hemoglobina 16.5, Hematocrito 48, Glucosa 167, Urea 35, Creatinina 0.9, Bilirrubina Total 1.10, GOT 25, GPT 34, LDH 516, CPK 232, Na 140, K 3.60, PCR 4.1, Troponina menor de 0.010 ng/ml Se realiza Radiografía de abdomen en bipedestación, así como serie obstructiva observándose dilatación de colon transversal con imagen de stop a nivel del ángulo esplénico del colon, con niveles hidroaéreos. Ante estos hallazgos se decide traslado a hospital de referencia para valoración por Cirugía, en dicho hospital se realiza TAC abdominopélvico urgente observándose líquido libre perihepático y perigástrico, Trabeculación de la grasa epiploica y burbujas de neumoperitoneo entorno al Lóbulo Hepático Izquierdo.

Conclusiones:

La dificultad del caso clínico expuesto radica en la dificultad de la exploración física del paciente, debido al dolor y la ansiedad que presentaba, que precisó de sedación suave para objetivar un abdomen distendido, globuloso y signos de irritación peritoneal, antes de la realización de las pruebas complementarias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1625

DOCTOR, ¿ME ESTARÉ DESCOMPONRIENDO?

A Cabezón Crespo (1), C Adrián Espinosa (2), C Hernández Tuda (1), O Zhygalova (1), C Güemes de la Iglesia (1), B Campos Ruiz (1), M Santamaría Martínez (1)

(1) Hospital Universitario de Burgos, (2) RESANVILL, S.L.. Burgos

Palabras clave: penfigoide, ampolla, adquirida

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón, 75 años. Dependiente ABVD. NAMC. AP de DM, DL, C. is-
quémica, HBP, S.P iramidal dcho y colitis ulcerosa. Institucionalizado.
Acude a SUH por presentar lesiones ampollosas en ambas EEII hasta
los glúteos, no confluyentes, con placas eritematosas periampollosas,
no pruriginosas, de meses de evolución. No fiebre. No lesiones tér-
micas. No responden a tratamiento con ciclo de antibiótico ni antihis-
tamínicos AF de hermano diagnosticado de pénfigo central cuando
era joven Juicio clínico: penfigoide Tratamiento: prednisona en pauta
descendente, fucibet crema cada 12h Evolución: resolución completa
en 2 meses.

Conclusiones:

El penfigoide es una enfermedad de base autoinmune, caracterizado
por la aparición progresiva de lesiones ampollosas subepidérmicas
tensas, con Nicolsky negativo, especialmente en EEII, que afecta fun-
damentalmente a ancianos que presentan buen estado general. Existe
agregación familiar con el pénfigo, donde las lesiones son más dis-
persas, pruriginosas y de aparición en edades más tempranas, con
mayor afectación general. Ambas entidades se resuelven en pocas
semanas con corticoides tópicos y orales a dosis elevadas y antes de
la introducción de esta terapia, la evolución era mortal.

A-1626

FLEBITIS DE ORIGEN POCO COMÚN

L Pérez Ordoño, A Blanco Echevarría, PM Catalán Martín,
C Arévalo Cañas, E Martínez Chamorro, C Rubio Chacón,
I Fernández Marín

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Palabras clave: flebitis, síndrome de Behçet, paniculitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 40 años, enfermera de profesión, que consulta por cuadro
de 6 días de evolución de dolor en cara interna del miembro superior
izquierdo a nivel del codo junto con la aparición de una tumoración
a ese nivel así como en la axila y fiebre de hasta 38.2°C, cefalea y
4 aftas orales. A la exploración física se encontraba febril (T°38.2°) y
normotensa. Se palpaba una tumoración dolorosa en la cara medial
del brazo izquierdo a nivel supracondíleo así como adenopatías axi-
lares dolorosas de características inflamatorias, además de apreciarse
una placa eritematosa caliente no sobrelevada en esa extensión. En
la analítica destacaba una PCR de 4.88 mg/dl no acompañada de
alteración en las series hematológicas, siendo el perfil renal, hepático,
LDH y CPK normales. Se realizó una ecografía de partes blandas que
evidenció signos inflamatorios de la pared de la vena basilíca y de la
grasa adyacente, desde el borde interno del codo hasta el tercio proxi-
mal del brazo izquierdo, sin evidenciar trombosis, con adenopatías
axilares y en todo el trayecto de la vena basilíca. Durante el ingreso
se descartó un origen infeccioso del cuadro ante la negatividad de
los estudios microbiológicos. El panel de autoinmunidad fue negativo.
En su evolución comenzó con un cuadro florido de aftas orales, apari-
ción de lesiones pustulosas en tronco y lesiones en miembros inferiores
compatibles con eritema nodoso tras el análisis histológico, siendo en
conjunto, el diagnóstico muy sugestivo de enfermedad de Behçet. Se
descartó afectación oftalmológica. Se inició tratamiento inicialmente
con indometacina y posteriormente con dapsona, esteroides y colchi-
cina, desapareciendo la fiebre y el cuadro tóxico sistémico.

Conclusiones:

La enfermedad de Behçet es una afección de etiología desconocida
que cursa con aftosis orogenital asociada a otras manifestaciones sis-
témicas, entre las que destacan las oculares, cutáneas, articulares,
neurológicas y vasculares. Los objetivos del tratamiento son conseguir
un control rápido de los síntomas, suprimir la inflamación y prevenir el
daño orgánico a largo plazo.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1627

DOLOR CERVICODORSAL

R Collado Suárez, M Espada Zurera, A Garrido Vicente,
J Gutiérrez Martín-Arroyo, B Martín Villena

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid

Palabras clave: cervicalgia, hemorragia cerebral, meningitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: Mujer de 50 años sin alergias conocidas. Hipertensa, dislipémica, poliquistosis renal y depresión. Consulta en cuatro ocasiones por dolor cervicodorsal asociado a cefalea holocraneal que define como la peor de su vida, náuseas y vómitos, siendo diagnosticada en Urgencias de cervicodorsalgia y ansiedad repetidamente, hasta que en la última visita refiere fiebre de 39°C. Tratamiento habitual: Ixia, Esidrex, Escitalopram, Fenofibrato, Omeprazol. En la primera y segunda exploración física presenta apofisalgias cervicales difusas con dolor a la palpación de musculatura paravertebral, signos meníngeos dudosos en la tercera visita y en la cuarta maniobra de Kerning positiva. Pruebas complementarias: Analítica: leucocitosis en progresión hasta 17.400. PCR 52. TC craneal sin hallazgos, radiografías sin alteraciones. Fondo de ojo normal. Punción lumbar no traumática con aspecto hemático. Presión de apertura normal. Xantocromía positiva. Glucosa 38, proteínas totales 212, 60% polimorfonucleares, 31% mononucleares. Serologías negativas. Doppler transcraneal: aumento de velocidades en arteria cerebral media derecha. Angio-TC: Irregularidad y estenosis segmentaria de arteria basilar. Resonancia: hallazgos sugerentes de hemorragia subaracnoidea (HSA) con vasoespasmio arterial. **EVOLUCIÓN:** Ante la sospecha de meningitis se inicia tratamiento con ceftriaxona, vancomicina, ampicilina y nimodipino. Se realiza AngioTC en el que se sospecha disección endovascular, por lo que se suspende antibióterapia y se inicia anticoagulación. Posteriormente, se realiza angioresonancia, que sugiere HSA, de manera que se retira anticoagulación, manteniendo únicamente corticoterapia. La paciente presenta buena evolución clínica y bajo riesgo de recurrencia, por lo que se decide alta domiciliaria realizándose arteriografía de control en 2 semanas. **JUICIO CLÍNICO:** Hemorragia subaracnoidea no filiada con vasoespasmio, descartándose meningitis viral.

Conclusiones:

Lo interesante del caso es el diagnóstico diferencial de meningitis (líquido cefalorraquídeo con hematíes, pleocitosis con predominio polimorfonuclear e hipoglucorraquia) VS. HSA (inicio abrupto, xantocromía y poliquistosis renal, que asocia aneurismas intracraneales, con doppler sugestivo).

A-1628

ANGIOEDEMA POR IECA/ARA II

LM Román, N Díaz García, A Morales Rodríguez,
M Hernández Egido, M Zamorano Serrano

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Palabras clave: angioedema, IECA, ARA II

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Angioedema por IECA y ARA II una entidad clínica incluye se caracteriza por áreas de edema, generalmente asimétrico, induradas, bien demarcadas, eritematosas, no pruriginosas, sin descamación y de rápida instalación autolimitado. Afecta principalmente áreas de la cabeza y el cuello, siendo la región oral (lengua y labios) el sitio más frecuente de presentación que puede progresar a una obstrucción completa de la vía aérea y muerte por edema larínge. Presentamos el caso de una mujer de 77 años con antecedentes HTA, DM tipo II en tto con insulina, trombofilia hereditaria, en tto con Enalapril 20 mg/día, Losartán 100 mg/día que acude al servicio de urgencias por presentar edema de partes blandas en la hemicara inferior especialmente en los labios, y lengua sin presentar dificultad respiratoria, síntomas con inicio hace 2 horas. La paciente fue atendida en su centro de salud donde se le administra Metilprednisolona 80 mg, Dexclorfeniramina 2 mg sin mejoría de los síntomas. Paciente con buen estado general, equilibrada hemodinámica y respiratorio sin datos de dificultad respiratoria. Las pruebas complementarias efectuadas en urgencias: hemograma, coagulación, gasometría arterial, radiografía de tórax, electrocardiograma no han mostrado datos de gravedad. Durante sus primeras 12 h en urgencias la paciente ha recibido otras 2 dosis de Metilprednisolona de 80 mg/6 h por presentar disnea sin datos de broncoespasmo. Tras 14h de evolución se administra Icatibant 30 mg subcutáneo con mejoría inicial de los síntomas necesitando una segunda dosis a las 8 h con remisión completa de los síntomas. Al alta paciente asintomática, se suspenden IECA y ARA II iniciándose Amlodipino 10 mg. Diagnóstico diferencial del angioedema: Hipersensibilidad alérgica tipo 1 dependiente de IgE, deficiencia congénita o adquirida del inhibidor C1 esterasa (angioedema congénito o asociado a neoplasias), idiopáticas.

Conclusiones:

El angioedema es efecto adverso raro de la utilización de IECA y/o ARA II. Puede ocurrir en cualquier momento luego de su administración aunque se observa con mayor frecuencia al inicio del tratamiento, en la bibliografía encontrándose casos con síntomas que han aparecido en meses de uso de los fármacos. Suele presentarse como formas leves sin comprometer la vida del paciente, revirtiéndose con la suspensión del fármaco. En el caso presentado ha requerido uso de 2 dosis de Icatibant para remisión de los síntomas con intervalo de 8 h.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1629

¿QUÉ VEN MIS OJOS? ¿ORINA AZUL?

**E Mora Mellado, M Clemente Rubio, A González Arias,
M Sánchez Álvarez, JA Pijoan Cirera, S Guardiola Palau**

CSPT. Sant Fructuoso de Bages. Barcelona

Palabras clave: urgencias, infección, urología

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Paciente de sexo femenino de 83 años con sonda vesical permanente (en estudio por RAO) acude por presentar un color azulado en dicha sonda. AP: HTA DLP IRC EF: Abdomen normal sin globo vesical. Se evidencia color azul de la sonda vesical con esfacelos también azules en la bolsa colectora pero la orina es amarillenta de aspecto piúrico PC: Laboratorio Urea 207, Creatinina 2.59. Tira reactiva en orina positiva. Sedimento orina leucos 8-15 por campo. Plan: Cambio de sonda. Cultivo de orina, cultivo de punta de catéter. Queda en observación con tratamiento empírico de amoxi-clavulámico ajustado por IRC para control función renal en 24h. Se realizan analíticas seriadas durante el periodo de observación. Alta a las 48h. Al tercer día del alta hospitalaria objetivamos crecimiento en orina como en catéter de Pseudomona aeruginosa y Enterococcus faecalis sensibles al amoxi-clavulámico. Diagnóstico final: infección de orina, síndrome de la orina púrpura.

Conclusiones:

El síndrome de la orina púrpura fue descrito por primera vez por Barlow and Dickson en 1978. La reacción en cadena comienza con el triptófano de los alimentos que es metabolizado a indol en el intestino, en el hígado la acción de las enzimas de ciertas bacterias con propiedades sulfatasas/fosfatas (Pseudomona aeruginosa, Proteus mirabilis, Morganella morganii, Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Providencia stuartii) lo metaboliza a indoxil, que se oxida produciendo índigo (coloración azul) e indirrubina (coloración roja). Estas sustancias al mezclarse y ante una orina alcalina y la presencia de un dispositivo de tubo y bolsa colectora de plástico, dan como resultado el color púrpura producidas por ciertas bacterias como. Por lo general ocurre en mujeres mayores, con pluripatología y en el seno de una infección urinaria. No hemos podido encontrar bibliografía o reseña alguna sobre la posibilidad de que, entre los múltiples factores conjugados para que se desarrolle el caso, esté la foto reactividad. En nuestra paciente es evidente que en la zona no expuesta a la luz no hay reacción azulada, lo que resulta aún más excepcional.

A-1630

TRASCENDENCIA DE UN CUADRO SINCOPAL. A PROPÓSITO DE UN CASO CON HEMIPLEJÍA DERECHA

I Lobo Cortizo, C Marinero Noval

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Palabras clave: síncope, accidente cerebrovascular, hemorrágico

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Motivo de consulta: mujer de 39 años. Encontrándose bien en los días previos, sufre episodio de síncope con hemiplejía derecha constatada por el médico de familia, afasia y estridor respiratorio. Se activa Código Ictus. Antecedentes personales: administrativa. No hábitos tóxicos. No hipertensa ni diabética ni dislipémica. No alergias medicamentosas conocidas. No intervenciones quirúrgicas. Un embarazo normal. Migraña con aura. Conocida de Medicina Interna por sospecha de enfermedad reumática. Se había encontrado durante el estudio, anti-coagulante lúpico +. También se observó IgM + de Lyme. Se estudió el caso sin poder orientar los resultados hacia una enfermedad específica Exploración física: AP: MVC no sobreañadidos. AC: RsCsRs. Sin soplos. ABDOMEN: anodino. MMII: no edemas ni signos de TVP. NIHSS 25 (obnubilada, no responde a preguntas, no obedece órdenes, desviación de la mirada hacia la izquierda, hemianopsia parcial, parálisis facial parcial, hemiplejía derecha y afasia global). Pruebas complementarias: TAC: no signos de sangrado intra ni extraaxial. No alteraciones en la densidad del parénquima encefálico. No alteraciones óseas. AngioTC: obstrucción de dos ramas M3 izquierdas con alteración del mapa de perfusión. Los hallazgos sugieren trombo inicial en M1 que se fragmenta y afecta a ramas distales. Fibrinolisis: sin respuesta clínica inicial por lo que ingresa en UCI. Hemograma, bioquímica, coagulación, VSG. ETT: masa auricular. Probable mixoma.

Conclusiones:

Tras valoración se llega a diagnóstico de Ictus Isquémico. Considerando el probable mixoma auricular causante de las embolizaciones. Se programó tratamiento quirúrgico por C. Cardíaca. La paciente ingresa procedente de Urgencias en la UCI y de allí es derivada a la Unidad de Ictus con una situación clínica estable, sin más complicaciones que una infección urinaria. A los tres días de su llegada a la planta, se constata empeoramiento brusco neurológico. TAC urgente: hemorragia parenquimatosa con extenso vertido ventricular e hidrocefalia. Neurocirugía coloca drenaje ventricular con mala evolución en los días siguientes que conduce a éxitus. A pesar de haberse actuado con rapidez y tomado las medidas necesarias no se pudo evitar un desenlace tremendamente desafortunado.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1631

¡QUÉ REPETITIVO ES ESTO!

D Fernández Torre (1), P López Tens (2), A Blanco García (1), E Gil Camarero (3), S Díez Morales (4), N Ovalle González (5)

(1) Centro de Salud Camargo Costa, (2) Centro de Salud Cazoña, (3) Centro de Salud Meruelo, (4) Centro de Salud Covaresa, (5) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria

Palabras clave: sepsis, prostatitis, retención

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

DESCRIPCIÓN DEL CASO: varón de 59 años con antecedentes de prostatitis de repetición con biopsia prostática en 2014 normal, fractura de calcáneo izquierdo e intervenciones quirúrgicas: amigdalectomía, hemorroides y pólipo rectal. Acude a urgencias por cuadro de varios días de evolución de disuria, polaquiuria y urgencia miccional. Se acompaña de molestias a nivel hipogástrico y sensación distérmica. **EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** regular estado general, TA: 90/50 mm Hg, T°: 38°C, FC 100, FR 16, SO₂ 99%. Auscultación normal. Abdomen: globo vesical (sondaje urinario: orina oscura). En la analítica: 41900 leucocitos (89% segmentados, 8% cayados), Hb 12.6 g/dl, 329000 plaquetas. Glucosa 122, Urea 56, Creatinina 0.89, lones normales, PCR >25 mg/dl, PCT 6.88 ng/ml. Actividad protrombina 91%. Elemental y sedimento: hemoglobina +, 5-15 hematíes/campo, 5-15 leucocitos/campo. ECG y radiografía tórax: sin alteraciones. Ecografía urinaria: próstata adenomatosa de unos 100 gramos. Resto normal. Urocultivo: negativo. Hemocultivos: negativos. **EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS:** se mantiene en cifras tensionales bajas a pesar de sueroterapia correcta por lo que se avisa a Unidad de Cuidados Intensivos, para valoración trasladándose el paciente a su servicio. Se inicia antibioterapia endovenosa empírica con Ceftriaxona y Gentamicina hasta resultados de cultivos. Se mantiene sueroterapia endovenosa con mejoría hemodinámica sin precisar de vasopresores. Mejoría progresiva clínica y analítica con leucocitosis y procalcitonina en descenso. Alta con Cefditoreno oral hasta completar 6 semanas de tratamiento y Tamsulosina manteniendo sonda vesical hasta consulta de Urología. **JUICIO CLÍNICO:** Sepsis grave de origen urinario (Prostatitis aguda) por germen no filiado. Adenoma de próstata. Retención aguda de orina. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** debe hacerse con sepsis de otro foco urinario (pielonefritis, absceso renal, orquiepididimitis...) o de otro foco distinto (respiratorio, digestivo etc). En este caso la clínica y las pruebas complementarias fueron de gran ayuda.

Conclusiones:

La sepsis es un síndrome clínico desencadenado por la presencia de bacterias en la sangre con una prevalencia y mortalidad elevadas por lo que la rapidez en el reconocimiento de la entidad e instauración del tratamiento resulta fundamental en el pronóstico vital del paciente. Aquí cada minuto cuenta y debemos estar atentos para una actuación temprana y así evitar una alta morbimortalidad.

A-1632

CONDROSARCOMA COSTAL

JM Palomero del Río, J Martínez Illera, S Juárez de Sosa, C Gómez Sánchez, S Paredes Carcedo, R Hernández Cardona

Hospital Universitario de Burgos

Palabras clave: condrosarcoma, costal, disnea

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 40 años, acude al Servicio de Urgencias por presentar disnea de esfuerzo, dificultad respiratoria localizada a nivel de vías respiratorias altas y astenia de larga evolución. En la radiografía de tórax se observa una gran masa en hemitórax izquierdo. Se realiza TAC torácico objetivándose una gran tumoración insuflante dependiente del segundo arco costal izquierdo, de morfología polilobulada con grandes áreas de destrucción de la cortical y focos de calcificación. Confirmado el diagnóstico de CONDROSARCOMA COSTAL el paciente es derivado al Servicio de Cirugía Torácica donde es sometido a IQ consistente en resección en bloque con amplios márgenes incluyendo segundo arco costal.

Conclusiones:

El condrosarcoma es el tercer tumor maligno primario más común del hueso, constituyendo el 20 ? 27% de las neoplasias óseas malignas primaria. Son de crecimiento lento y aparecen con mayor frecuencia en la cara anterior del tórax. La edad de presentación más habitual está entre los 20 y los 50 años. En este grupo de tumores la tomografía computerizada y la resonancia magnética son superiores a la radiología convencional a la hora de definir el origen y extensión de la lesión. Su crecimiento lento, localizado y su poca tendencia a diseminarse permitirían la observación de grandes masas, aunque es más frecuente que el paciente consulte y se detecte con anterioridad, condicionando un abordaje terapéutico que aconseja la realización de una resección en bloque con amplios márgenes, que incluye varias costillas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1633

PACIENTE DESHIDRATADA, O NO

JL Cepeda Blanco (1), A Casal Calvo (1), MP Carlos González (2), N Santos Méndez (1), M Labrador Hernández (3), AM González Pedraja (4), JJ Parra Jordán (5)

(1) Centro de Salud Camargo Costa, (2) Centro de Salud Cazoña, (3) Centro de Salud El Alisal, (4) SCS, (5) Centro de Salud El Sardinero. Santander, Cantabria

Palabras clave: hiponatremia, carcinoma, fluidoterapia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 63 años, fumadora de 45 paq-año. Abstemia. HTA controlada con ameride. Acude a urgencias por cuadro de pérdida de fuerza en EEII, bradipsiquia y vómitos de 2 días de evolución, asociado a síndrome general y mareos desde hace un mes. La debilidad de EEII ha aumentado progresivamente hasta no mantener bipedestación. Exploración: Mal estado general, consciente y orientada, palidez de piel y mucosas. CyC: Leve parálisis facial derecha, resto N. Ac: Rítmica sin soplos. Ap: sin ruidos patológicos. EEII: Sensibilidad conservada, pérdida de fuerza 4/5 bilateral. ROT normales. Resto de la exploración normal. Extraemos muestras de sangre, realizamos placa de tórax e instauramos fluidoterapia con solución isotónica al 0,9%, sospechando deshidratación por vómitos. Una hora después la paciente presenta disminución del nivel de conciencia. En ese momento recibimos los resultados: Analítica: Na: 103mEq/L, Osmolalidad sangre: 283mOsm/kg, resto normal. (Sin analíticas previas) Cambiamos inmediatamente a suero hipertónico al tratarse de una Hiponatremia Eurolémica. Para evitar desmielinización pontina no aumentamos más de 10mEq/L en 24h por lo que pautamos SSH 2% y restricción hídrica en las primeras 24h y posteriormente SSH 7,5% en 24h + Tolvaptán, con mejoría de nivel de conciencia y fuerza de EEII. A los 6 días NA: 137mEq/L R(x) Tórax: masa de unos 5cm en base izquierda. TAC cerebral para descartar lesiones a ese nivel, sin hallazgos patológicos. Juicio clínico: Hiponatremia Eurolémica. Ingresamos en MI para estudiar el origen de la hiponatremia, al no haber analíticas previas no se sabe si es aguda o crónica. Se biopsia la lesión pulmonar con diagnóstico de carcinoma microcítico, actualmente en seguimiento por el servicio de oncología.

Conclusiones:

Ante un paciente anciano con clínica neurológica siempre debemos considerar las alteraciones electrolíticas dentro del diagnóstico diferencial, en este caso concreto el tratamiento inicial con SSH 0,9% empeoró el cuadro al tratarse de una Hiponatremia Eurolémica (fruto de SIADH, como se vería posteriormente) cuyo tratamiento de elección es la restricción hídrica y reposición natrémica con soluciones hipertónicas así como la asociación de Vaptanes. Asimismo, no basta con resolver el cuadro, debemos ir a la causa, en este caso, el carcinoma.

A-1634

LAS APARIENCIAS ENGAÑAN

B Pérez Deago (1), P Sánchez Lozano (2), E Prado Fernández (3), A García Noriega (1), M Martínez Iban (4), A López Alonso (1), C Alonso Porcel (4)

(1) Centro de Salud La Calzada II, (2) Hospital de Cabueñes, (3) Centro de Salud El Coto, (4) Área V. Oviedo, Asturias

Palabras clave: accidente cerebrovascular, servicios médicos de urgencia, paresia

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

El ictus es la causa mas frecuente de discapacidad permanente en el adulto y una de las primeras causas de muerte en nuestro país. El establecimiento del código ictus ha demostrado disminuir el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el acceso a un tratamiento especializado y aumentar el número de pacientes tratados con fibrinolíticos o trombectomía mecánica. La variable mas importante que predice la respuesta al tratamiento es el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el tratamiento, siendo 4.5 horas la ventana establecida entre el inicio de los síntomas y la aplicación del mismo. Con este caso clínico no gustaría poner de manifiesto que a pesar de llevar casi una década instaurado aun se cometen errores en el manejo del código ictus, sobre todo en lo referente a la valoración inicial y derivación al centro de referencia. Varón de 80 años hipertenso a tratamiento, derivado desde Atención Primaria por hemiparesia izquierda aparentemente en remisión de dos horas de evolución. Interpretado como AIT se decide no activar el código ictus. Reexplorando al paciente se demuestra paresia facial central derecha acompañada de disartria severa, hemiparesia y hemianestesia izquierda. NIHSS 15 ECG: AC x FA Ante los hallazgos se avisa a neurólogo de guardia quien activa el código. TAC Craneal ? Perfusión: oclusión de arteria cerebral media (ACM) derecha a nivel de la bifurcación. Isquemia establecida < 25% del total del área afectada. Impresión Diagnóstica: Accidente cerebrovascular de ACM derecha de etiología cardioembólica Se inicia tratamiento fibrinolítico que se suspende ante la persistencia de la clínica decidiéndose traslado a hospital de referencia para trombectomía mecánica.

Conclusiones:

En este caso y debido a diversas circunstancias (cercanía del hospital, poca demanda asistencial del día...) fue posible la activación del código ictus en tiempo, pero es muy probable que no sea así en muchos otros casos. Los avances y modificaciones del código ictus deberían complementarse con actividades destinadas a mejorar el conocimiento de los médicos de urgencias intra y extrahospitalarias y de atención primaria. Sin esto siempre existirá un techo en el numero de paciente que se benefician de este.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1641

LAVADOS VESICALES, ¿ÚNICAMENTE EN LA HEMATURIA?

P Lupiáñez Seoane, M González López, D Reina Escobar,
T Montero Pernudo, C Monroy Gómez, A Santamaría Marín

Hospital General Universitario de Ciudad Real

Palabras clave: hipotermia, recalentamiento, lavado vesical

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: Cuando la temperatura central del cuerpo humano desciende ($< 35^{\circ}\text{C}$) no somos capaces de generar el calor necesario para garantizar el mantenimiento de las funciones fisiológicas. La hipotermia accidental es un proceso poco frecuente e infradiagnosticado en nuestro medio que produce víctimas mortales cada año. El tratamiento inicial consiste en medidas de soporte vital, valoración de lesiones que puedan comportar riesgo vital y el recalentamiento. **OBJETIVO** Incidir en el conocimiento de esta patología y en la realización de un buen diagnóstico y tratamiento. **MATERIAL Y MÉTODO:** Discusión sobre técnicas de recalentamiento a raíz de un caso clínico de hipotermia moderada. **RESULTADOS:** Mujer 89 años hipertensa, dislipémica, dependiente para las actividades de la vida diaria con deterioro cognitivo avanzado y doble incontinente encontrada en su domicilio tirada en el suelo con bajo nivel de conciencia. No saben cuánto tiempo ha permanecido en esa situación, aproximadamente media hora. Exploración: Mal estado general, frialdad de piel y mucosas, aspecto caquético, presión arterial 90/50 mmHg, frecuencia cardíaca 41 lpm, no captura del termómetro (posteriormente se objetivo 32°C como mínima temperatura obtenida). Glasgow 9/15. Pruebas Complementarias: Analítica: sin hallazgos salvo acidosis respiratoria. Electrocardiograma: bradicardia sinusal a 40 lpm, BAV primer grado, onda J de Osborn. TAC craneal sin alteraciones. Ante la sospecha de hipotermia moderada comenzamos con técnicas de recalentamiento activo externo aplicando flujo forzado de aire caliente, secundario al mismo comenzó con un estado de shock por recalentamiento, lo que obligó a iniciar recalentamiento central administrando líquidos calentados y lavado vesical continuo a 40°C . La paciente evolucionó favorablemente con temperatura central normal en pocas horas desapareciendo las alteraciones electrocardiográficas.

Conclusiones:

La aparición de alteraciones electrocardiográficas e inestabilidad hemodinámica nos obliga a aplicar técnicas de recalentamiento central activo para aumentar de forma más rápida la temperatura central. Estas técnicas no suelen utilizarse, bien por no encontrarse disponibles en todos los hospitales (circuito extracorpóreo) o bien por su dificultad técnica o agresividad (lavado peritoneal continuo, lavado pleural). El lavado vesical continuo con líquidos calentados a 40° es una técnica de fácil uso y acceso en todos los servicios de urgencias.

P-1644

PACIENTE CON CRISIS CONVULSIVA POR ENCEFALOPATÍA ANÓXICA SECUNDARIA A INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO

S Díaz Lería (1), MC Rodríguez Casimiro (2), A Cañas Barranco (3),
D Diz González (1)

(1) Hospital Antequera, Área Sanitaria Norte de Málaga, (2)

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga,

(3) C. Vhi Swiftcare Clinic. Rockfield. Dublín

Palabras clave: carbon monoxide, poisoning, seizure

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción El Monóxido de Carbono (CO) es un gas muy tóxico que se produce por combustión incompleta. La afinidad por la hemoglobina es unas 200-300 veces superior que para el oxígeno, por lo que lo desplaza originando hipoxia hística. **Objetivo** Revisar manifestaciones clínicas en la intoxicación por CO y tratamiento indicado en caso de manifestaciones neurológicas graves como en el caso que nos ocupa. **Paciente y resultado** Varón de 69 años, fumador activo y con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica que sufre intoxicación por humo en domicilio. Presenta broncoespasmo inicial que remite con tratamiento, a su llegada, estabilidad hemodinámica y respiratoria (Eupneico, saturación 95% con reservorio 100%), restos de hollín en fosas nasales, cavidad orofaríngea y auscultación normal. En analítica destaca carboxihemoglobina 12.9%. Evoluciona favorablemente, pero transcurridas 6 horas presenta crisis comicial generalizada con broncoespasmo asociado que remite con 2 mgr de diazepam iv y tratamiento broncodilatador. Se aísla vía aérea (sin evidencia de hollín en vías respiratorias) y se realiza TAC craneal con infarto lacunar crónico en protuberancia sin otras alteraciones y tóxicos orina positivo para benzodiacepinas. Posteriormente extubación precoz y cuadro de broncoespasmo severo que precisa Ventilación Mecánica No Invasiva, una vez estabilizado, ingresa en planta con alta a domicilio que requiere oxígeno domiciliario 16 horas/día y corticoides en pauta descendente debido a reagudización de su insuficiencia respiratoria crónica.

Conclusiones:

La intoxicación por CO puede cursar inicialmente con síntomas leves, entre las manifestaciones graves y más tardías se encuentran entre otras, la hipertensión, clonus y crisis comiciales. Parece no haber una correlación significativa entre los niveles de carboxihemoglobina y la gravedad de los síntomas, como ocurre en nuestro caso, con nivel inferior a 15% (aunque pudo agravarse por el broncoespasmo asociado). En las crisis comiciales está aceptada la indicación de oxigenoterapia hiperbárica de la que no se dispone en nuestro hospital comarcal, además si la carboxihemoglobina es superior al 15-20% en el caso de que los síntomas neurológicos persistan después de 4-6 horas de oxigenoterapia normobárica, pero el paciente evolucionó favorablemente. Todos los pacientes deben ser observados neurológicamente durante al menos 1-2 semanas tras exposición.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1653

¿SE TRATA DE UNA REACCIÓN ALÉRGICA?

MA Zapatería García (1), M Sada Ruiz (2), F Sanz de Galdeano (2), MT Aldunate Muruzábal (1), MA Pérez Gutiérrez (1), F Arroyo Alejos (1), C Riba Castel (1)

(1) Hospital Reina Sofía, (2) Hospital García Orcoyen de Estella. Navarra

Palabras clave: escombroidosis, intoxicación alimentaria, histamina

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

paciente de 33 años que acude a Urgencias por cuadro de cefalea intensa, quemazón facial con enrojecimiento conjuntival, eritema cutáneo que se extiende por cuello, tronco y extremidades, edema moderado de úvula y labios, diarrea y mareo que llega al síncope. Esto le ocurre al paciente a los 30 minutos de la ingesta de la cena (atún y postre de fresas). Refiere que ha notado mal sabor al atún. Otro familiar que ha ingerido lo mismo sólo ha presentado una deposición diarreica. Niega disnea, no dolor torácico ni prurito. Exploración física: TA=90/55, FC=112 pm, T°=36,°C, FR=18 rpm, Sat O2 basal=98%. Paciente con aspecto de gravedad, flushing facial que se extiende por tronco, espalda y muslos, sin lesiones urticariformes, inyección conjuntival bilateral, edema de labios y úvula y tiritona intensa. Exploración cardiopulmonar y neurológica normales. Ante la sospecha de reacción alérgica se extrae analítica con hemograma, bioquímica y niveles de triptasa y se le administra tratamiento con fluidoterapia, antihistamínicos y corticoides endovenosos. Se llega a administrar adrenalina intramuscular ante la persistencia de hipotensión arterial que no remonta con volumen. Se ingresa al paciente en Unidad de Corta Estancia donde se mantiene unas 10 horas hasta la remisión de los síntomas. Se da el alta con derivación preferente a la consulta de Alergología para estudio de alergia alimentaria o posible escombroidosis por la ingesta de atún. Se realizan pruebas alérgicas con resultado negativo y se llega a la conclusión de cuadro de escombroidosis por ingesta de atún.

Conclusiones:

La escombroidosis es una intoxicación alimentaria relativamente frecuente pero infradiagnosticada por su desconocimiento y por su similitud con las reacciones alérgicas alimentarias. Se debe a la ingesta de pescado escombriforme (atún, caballa, bonito, jurel, pez espada, pez delfín) y no escombriforme (sardinas, salmón, arenque) que en condiciones inadecuadas de refrigeración o conservación libera gran cantidad de Histamina (responsable de toda la clínica). No se trata pues de una reacción alérgica alimentaria mediada por IgE. Clínicamente se diferencia de éstas en que cursa con cefalea inicial y flushing facial intensos, tiritona y habitualmente con síntomas digestivos (dolor abdominal, vómitos y diarreas) pero el tratamiento es el mismo.

P-1655

SUMISIÓN QUÍMICA POR GHB EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

AE Santiago Sáez (1), C Fernández Alonso (1), O Quintela Jorge (2), MA García Briñón (1), B Bravo Serrano (3), JJ González Armengol (1)

(1) Hospital Clínico San Carlos, (2) Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, (3) Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Madrid

Palabras clave: sumisión química, GHB, urgencias

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 28 años de nacionalidad extranjera sin antecedentes personales conocidos que acude al servicio de Urgencias (SU) del Hospital Clínico San Carlos de Madrid remitido por servicios de urgencias extrahospitalarias tras aviso por bajo nivel de conciencia en lugar de ocio nocturno sin responder a flumazenilo ni naloxona. En la Historia Clínica del SU se describe a un paciente estable hemodinámicamente con alteración del nivel de conciencia, escala de Glasgow = 14 sin focalidad neurológica. Pruebas complementarias (analítica de sangre y electrocardiograma) sin alteraciones de interés. Tras medidas de soporte el paciente despierta progresivamente refiriendo que no ha consumido alcohol ni otros tóxicos. Lo último que recuerda es estar en una discoteca tomando un refresco hace dos o tres horas. No refiere claro delito de robo o agresión sexual. Siguiendo el procedimiento de actuación ante sospecha de Sumisión Química se extrae muestra biológica (sangre) bajo cadena de custodia previa firma de consentimiento informado por parte del paciente, se realiza parte judicial y registro del caso. Tras seis horas, el paciente se encuentra asintomático decidiéndose alta recomendando que denuncie los hechos en comisaría de policía. Meses después se solicita análisis toxicológico al Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF). En la muestra de sangre recibida se realiza análisis de alcohol etílico y otros volátiles e investigación general de tóxicos orgánicos orientada a la detección de drogas de abuso, psicofármacos y fármacos de uso frecuente. En la muestra analizada se detectó GHB 35,9 mg/dl y metoclopramida <0,1 mg/L. Los resultados obtenidos fueron compatibles con consumo perjudicial de ácido gamma-hidroxibutírico (GHB) y de metoclopramida en rango terapéutico (0,05-0,15 mg/dl).

Conclusiones:

Del caso clínico presentado destacamos que en el SU del Hospital Clínico San Carlos se cuenta con un protocolo de actuación ante sospecha de Sumisión Química desarrollado por la Comisión contra la Violencia del citado hospital. La activación precoz de este protocolo así como el análisis toxicológico realizado en el INTCF permiten identificar el consumo de sustancias y dar verosimilitud a casos de vulnerabilidad y/o sumisión química.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1658

FIBRILACIÓN AURICULAR SECUNDARIA A MIOCARDITIS POR TÓXICOS

E Porcel Martín, D Giménez Cid, J Porcel Martín, C Suero Méndez, C Sillero Nogales, M Carretero Matas

Hospital Comarcal de la Axarquía. Málaga

Palabras clave: atrial fibrillation, cocaine, myocarditis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: Varón 44 años. Tabaquismo, bebedor, consumidor cocaína inhalada. Presenta malestar centrotorácico y epigástrico de 15 días(aumenta en decúbito y mejora bipedestación). Tos seca, diarrea con febrícula, sin productos patológicos ni otros síntomas. Exploración destaca: Tensión arterial: 120/90, Frecuencia cardíaca: 120, Frecuencia respiratoria reposo: 24. Ingurgitación yugular. Pruebas complementarias destaca: Electrocardiograma: Fibrilación auricular (FA) con respuesta ventricular a 150. Ingres, Observación para restaurar ritmo sinusal. Administramos Flecainida 150 mg. No respuesta. Cardioversión eléctrica. Al revertir sedación:hipotensión, agitación, disnea, rubefacción facial, hipoventilación y sibilancias. Tratamos como broncoespasmo secundario a medicación sedante. Continúa agitado, frecuencia respiratoria 30, cianosis labial empeora en decúbito,ingurgitación yugular, hipoventilación,crepitantes secos y hepatoesplenomegalia. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DESTACADAS:** Ecocardiograma: Disfunción ventricular izquierda (VI) moderada, insuficiencia tricuspídea (IT) moderada, derrame pericárdico posterior. Analítica control: Leucocitosis, neutrofilia, coagulación alterada, acidosis metabólica compensada respiratoriamente, insuficiencia hepática y renal, mioglobina, CK y Dímero D elevados. Angio-TAC: No tromboembolismo. Discreta esplenomegalia. Infiltrado pulmonar(patrón vidrio deslustrado y consolidativo).Derrame pleural bilateral. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Sepsis: Febrícula, condensación, síndrome diarreico, fracaso multiorgánico. Insuficiencia cardíaca: Ingurgitación yugular, crepitantes, disnea. Enfermedad autoinmune: BONO. Síndrome Distrés Respiratorio Adulto (SDRA) secundario tóxicos. Analíticamente no infeccioso. Rabdomiolisis. Ecografía transesofágica: Disfunción VI moderada. Insuficiencia mitral moderada. No trombo. Aurícula izquierda y derecha dilatada. IT severa. Líquido pericárdico: Negativo endocarditis. **DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:** arritmia severa: FA reciente comienzo, posible relación con tóxicos. Intoxicación aguda: cocaína. SDRA. Fracaso multiorgánico: Insuficiencia hepática grave. Insuficiencia renal. **EVOLUCIÓN:** Procedemos a: 1) Fracaso respiratorio: ventilación mecánica (VM). 2) Fracaso cardíaco: inotrópicos. 3) Fracaso renal: perfusión furosemida Ingreso Unidad Intensivos. Días posteriores, mejoría función hepática y renal. Persiste bajo gasto cardíaco, episodios FA rápida alternando flutter 2:1 y ritmo sinusal. Edema pulmonar con hipoxemia grave. SDRA. Mejoría ventilatoria con traqueostomía día 13, retirada VM rápida. Evolución correcta en planta. Al alta, FA con respuesta ventricular controlada.

Conclusiones:

El aumento consumo de cocaína ha llevado al aumento de complicaciones cardíacas por la droga, especialmente en jóvenes. Los efectos cardiotóxicos son: isquemia, seguido por arritmias, miocarditis y miocardiopatías. Por esto, la posibilidad de abuso cocaína debe considerarse en pacientes con estas complicaciones. El caso presentado muestra la importancia de una anamnesis detallada en pacientes con FA, para identificar su origen. Además, muestra cómo un paciente aparentemente de escasa complicación en su manejo, evoluciona a una situación compleja. El Médico de Urgencias debe estar preparado.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1659

DISTONÍA FARÍNGEA

C Ricardo Jiménez (1), A Macías López (2), K Calderón Minier (1), Z Bernard Cáceres (1)

(1) Gerencia de Atención Primaria. Ávila, (2) Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Madrid

Palabras clave: extrapiramidales, dopaminérgicos, distonía

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 27 años, con antecedentes de talasemia, esguince cervical y amigdalectomía. Fumadora de 10 cigarrillos/día. Actualmente en tratamiento con anticonceptivos orales y paracetamol a demanda. Acudió al servicio de Urgencias por cuadro de sensación de inflamación de lengua y ocupación faríngea, que le impedían hablar y respirar con normalidad. Refiere que el cuadro inició una hora después de haber tomado Spasmoctyl (octilonio de bromuro) y Flatoril (cleboprida/simeticona), tratamiento que realizaba para la dispepsia. Exploración y pruebas complementarias Constantes: TA: 100/68 mmHg, FC: 36,8°C, Sat. O2: 98% basal. Examen físico: consciente y orientada. Bien hidratada y perfundida. Normal coloración de piel y mucosas. Cavidad orofaríngea: no macroglosia, no edema de úvula. Exploración neurológica en la que no se aprecian signos de focalidad neurológica. Se solicita interconsulta a Otorrinolaringología, quienes realizan fibroscopia objetivando leve engrosamiento de base de lengua, sin compromiso de la vía aérea. Se pauta Actocortina (hidrocortisona) 100 mg IV, se realiza nueva valoración pasadas 4 horas, continúa con voz engolada, fibroscopia normal. Se solicita interconsulta a Neurología, objetivando disartria moderada inteligible con lenguaje conservado. Resto de la exploración neurológica: normal. Se pauta tratamiento con Akineton (Biperideno) 1/2 ampolla IV lenta, permanece en observación con evolución favorable y remisión completa de los síntomas. Juicio clínico Efectos extrapiramidales secundarios a oropamidas (distonía faríngea).

Conclusiones:

Los efectos extrapiramidales secundarios a fármacos son trastornos del movimiento por exposición a fármacos antagonistas de los receptores dopaminérgicos: neurolepticos y antieméticos. Afectan al sistema nervioso central en un 20% de los casos. El 53% de los casos se desarrollan en las primeras horas tras la toma del fármaco. Las manifestaciones clínicas van desde reacciones distónicas agudas, síndrome parkinsoniano, acatisia, acinesia, síndrome de rabbit, discinesia tardía, hasta la mas grave que es el síndrome neuroleptico maligno. El diagnóstico se basa en una buena anamnesis y exploración física. El tratamiento consiste en revertir el efecto del fármaco con un anticolinérgico de acción rápida, en el caso de las distonías agudas. Sin embargo, este es solo un ejemplo de casos en los que no se toma en cuenta la posibilidad de efectos adversos, a la hora de vender fármacos sin prescripción medica.

P-1660

MUCHO OJO CON LOS COLIRIOS

A Marinaro (1), JR Penedo Alonso (2), J Marcos Alba (2)

(1) Hospiten Sur Tenerife, (2) Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Palabras clave: midriáticos, síndrome anticolinérgico, intoxicaciones

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 83 años quien acude a urgencias por cuadro de aparición súbita caracterizado por confusión, astenia, visión borrosa y boca seca tras revisión en consultas de oftalmología. Ocurrió tras instilación de colirio ciclopléjico (Tropicamida). A su llegada la paciente se encuentra consciente y orientada, algo confusa y bradipsíquica. Estable hemodinámicamente, pupilas midriáticas. Rubicundez facial, mucosas secas, sin otras alteraciones destacables EKG normal con QTc dentro de rango Glucemia y resto de analítica sin alteraciones destacables Ante la sospecha de un síndrome anticolinérgico por Tropicamida sin datos de gravedad se decide dejar en observación con monitorización y fluidoterapia Tras seis horas la paciente se encuentra asintomática, sin evidencia de complicaciones por lo que es dada de alta.

Conclusiones:

El síndrome anticolinérgico agudo es una complicación de la exposición a una variedad de fármacos con efectos anticolinérgicos, existen más de 600 sustancias con propiedades anticolinérgicas, siendo muchas de ellas medicamentos de uso cotidiano como antialérgicos, sedantes, atropina, espasmolíticos, antiparkinsonianos, antipsicóticos, relajantes musculares y ciclopléjicos tópicos. El cuadro clínico va desde síntomas leves como mareo hasta excitación o agitación, depresión respiratoria y coma. Además puede presentarse taquicardia, anhidrosis, íleo paralítico, retención urinaria e hipertensión El diagnóstico se basa en la presentación clínica y en ocasiones puede ayudar el estudio de tóxicos en orina. En pacientes que han recibido algún fármaco hay que sospechar esta patología una vez descartado un proceso médico orgánico (hipoglucemia, otras intoxicaciones). Habitualmente la resolución es rápida. El tratamiento incluye monitorización cardiorespiratoria y electrocardiográfica, vigilando el intervalo QT. En caso de ingestión, lavado gástrico y carbón activado. Es recomendable la fluidoterapia y en ocasiones el uso de bicarbonato sódico o benzodiazepinas si hay síntomas centrales como agitación o crisis comiciales. La fisostigmina es el antídoto específico aunque su uso es controvertido y suele reservarse para casos de riesgo vital. En conclusión, el síndrome anticolinérgico inducido por ciclopléjicos es poco frecuente, pero es importante que los profesionales sanitarios lo tengan en cuenta, particularmente en urgencias, debido a su potencial gravedad, a las limitaciones de los test diagnósticos de los que disponemos y al uso frecuente de este tipo de medicamentos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1661

URGENCIAS DERMATOLÓGICAS POR VECTORES: CÓMO PREVENIRLAS

M Bóveda Lorenzo (1), MC Santiago Valladolid (1), R Soto Cámara (2),
T Mondéjar Solís (1), M Loma-Ossorio Mahave (1), M Gayubo López (1)

(1) Hospital Universitario de Burgos, (2) 112 Emergencias Cyl
Miranda de Ebro. Burgos

Palabras clave: garrapata, borrelia, eritema migratorio

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Lyme, un trastorno multisistémico provocado por la espiroqueta *Borrelia burgdorferi*, es una enfermedad causada por la mordedura de una garrapata (*Ixodes ricinus*). Si no recibe un tratamiento precoz, puede desembocar en síndromes artríticos, neurológicos y cardiovasculares graves. Los tres principales factores de riesgo de contraer esta enfermedad son la localización de la actividad laboral (trabajo exterior), la ubicación geográfica (zonas en donde la enfermedad es endémica) y la estación del año en la que se produce la picadura (de mayo a septiembre). **OBJETIVOS:** Realizar un plan de cuidados en un paciente con eritema migratorio, instruyéndole en medidas de protección personal para evitar las picaduras de garrapatas y otros vectores. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Desarrollo de un caso clínico de un varón de 40 años que dedica su labor profesional a la actividad comercial de productos agropecuarios. Acude a Urgencias por presentar una lesión pruriginosa anular de borde eritematoso en costado derecho, que ha ido aumentando de diámetro de forma rápida. No fiebre ni alteración del estado general. **RESULTADOS:** A través de la observación, exploración física y entrevista, realizamos la valoración a partir de las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson. El Plan de Cuidados se realiza estableciendo los Diagnósticos de Enfermería según la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) y problemas de colaboración detectados en el paciente, aplicando la taxonomía NOC (Nursing Outcomes Classification) y NIC (Nursing Interventions Classification) para resolver dichos problemas.

Conclusiones:

La medida profiláctica más eficaz para la prevención de la enfermedad de Lyme y otras enfermedades transmitidas por garrapatas consiste en evitar la picadura de las mismas. La prevención incluye limitar las actividades al aire libre en áreas endémicas, utilizar repelentes contra estas, vestir camisas de colores claros y mangas largas, pantalones plegados dentro de los zapatos, realizar la inspección frecuente de la piel (fundamentalmente de axilas, ingle, huecos poplíteos) para la detección temprana y eliminación correcta de las garrapatas. El empleo de vacunas no es una alternativa disponible hoy día.

P-1662

FIEBRE. CUANDO NO TODO ES INFECCIOSO

MM Carrasco Sánchez, C Fonseca Ramiro, V de la Hoz Carracedo,
M Monge Bronchalo, J Belotto Fernández, MS Ruiz Grinspan,
L Mao Martín

Hospital Universitario del Henares. Madrid

Palabras clave: neuroleptic malignant syndrome, fever,
antipsychotic agents

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 75 años con antecedentes de Deterioro Cognitivo GDS 4, Enfermedad de Alzheimer en estadio leve y síndrome ansioso-depresivo, tratada con Donepezilo 10mg/24h, Agomelatina 25mg 2 comp/24h, Duloxetine 60mg/12h y Risperidona 2.5 mg/24h. Consultan por fiebre de tres días sin mejoría tras inicio ambulatorio de Levofloxacino. Su cuidador relata empeoramiento cognitivo en las últimas semanas con modificación de medicación antipsicótica en la última revisión, orina maloliente, mayor postración y lenguaje prácticamente ausente, negando cefalea referida. A la exploración física: TA 140/90mmHg, FC 125lpm SO₂ 94% basal, FR 15rpm T°37.8°C: consciente, lenguaje verbal escaso, responde órdenes sencillas, no datos de focalidad neurológica ni signos meníngeos, úlcera por presión (UPP) coccígea grado III. Analíticamente: Leucocitos 11.000/mm³, Proteína C reactiva 13.3 mg/L (0.0-5.0), sodio 154 mmol/L, Lactato 4,66 mmol/L, CPK pico 1616 U/L, presencia de bacteriuria escasa, 1-5 leucocitos/campo. TAC craneal compatible con envejecimiento, se inicia tratamiento empírico con Ertapenem y Linezolid cubriendo foco urinario y UPP. En apenas 10 horas se produce deterioro del estado general, picos febriles de 39.5°C de imposible control, taquipnea, sudoración profusa y rigidez muscular extrema con distonía mandibular y afasia motora. Ante la sospecha de SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO (SNM), se inicia tratamiento con Dantroleno e ingresa en UCI, presentando mejoría clínica neurológica (menor rigidez y mayor conexión con el medio) recuperando prácticamente su situación basal. A las 24 horas se suspende Dantroleno por sospecha de toxicidad hepática, y dada la situación clínica (hipotensión, taquicardia y cambios evolutivos en ECG sugerentes de SCASEST) así como su mal pronóstico a medio plazo, se decide limitación de soporte vital, produciéndose el desenlace fatal en pocas horas.

Conclusiones:

El SNM es una reacción idiosincrática grave con incidencia del 0,5-1%, asociada a neurolepticos típicos en mayor frecuencia que a atípicos. Una anamnesis detallada y la elevada sospecha en pacientes con cuadro clínico clásico y toma de neurolepticos (nada infrecuente como medicación habitual en los pacientes que consultan en los servicios de Urgencia), permitirá establecer medidas de soporte precoz y tratamiento médico adecuado en el intento de evitar el curso letal que asciende hasta un 10%.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1663

YA NO LO HAGO MÁS

E Guirado Granados, MR López Díaz, F Sánchez Salmerón,
VM Madrid Ferreiro, S Martínez Saldumbide, M Sánchez García,
A Cordovilla Moreno

Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena. Murcia

Palabras clave: thyroxine, autolysis, poisoning

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 32 años que consulta en urgencias por ingesta de 5.75 mg levotiroxina, con fines autolíticos, hace 48 horas. Refiere mareo no rotatorio, dolores musculares y taquicardia. Antecedentes personales: hipotiroidismo primario y síndrome ansioso depresivo. En la exploración física encontramos paciente colaborador, consciente y orientado. Glasgow 15. TA 118/62. T°36.3. FC 130 lpm. ACP taquicárdico sin soplos. Resto exploración por órganos sin hallazgos ECG: taquicardia sinusal a 120 lpm, sin alteraciones repolarización En urgencias iniciamos sueroterapia, tratamiento con betabloqueantes para control de la FC, colestiramina para disminuir circulación enterohepática, analgésicos y telemetría para control de complicaciones secundarias. Tras 24 horas monitorizado sin evidenciarse eventos cardiológicos y encontrarse hemodinamicamente estable se ingresa en planta, donde tras 72 horas postingesta realizan control analítico detectando, TSH 0.210, T4L >12, T3L >20. Al 5º día: TSH 0.12, T4L >12, al 7º día TSH 0.11, T4L 11.9 en todo momento el paciente ha permanecido estable, quedando asintomático y con ECG seriados dentro de la normalidad. Valorado por psiquiatra descarta intención autolítica y deseos de muerte, realizando crítica coherente de lo ocurrido, por lo que se decide alta y control en consultas externas.

Conclusiones:

1. Aunque la dosis tóxica de levotiroxina no está clara, dosis por encima de 5 mg suelen dar clínica. 2. Todo paciente aunque se encuentre asintomático tras ingesta de dosis tóxicas levotiroxina, debe de quedar ingresado durante 7 días que tiene de vida media el fármaco, por poder provocar complicaciones cardiovasculares, SN simpático y digestivos, siendo los primeros los mas frecuentes y estudiados 3. Tenemos que tener en cuenta que las manifestaciones más graves pueden comenzar 72 hora postingesta.

P-1664

PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA GENERALIZADA AGUDA SECUNDARIO A DILTIAZEM

D Giménez Cid, E Porcel Martín, M Carretero Matas

Hospital Comarcal Axarquía. Málaga

Palabras clave: diltiazem, acute generalized exanthematous pustulosis, emergency care

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 60 años. NAMC. HTA. Obesidad. DM-II insulinodependiente. Dislipemia (hipercolesterolemia). Glaucoma. IAM en 1991. Ex fumador hace 3 años. Bebedor ocasional. Acude a urgencias por exantema que se va generalizando (3ª visita en urgencias en 48 horas), empeorando sustancialmente con zonas de epidermolisis tras cambio de verapamilo a diltiazem por falta de existencia en farmacia hace una semana. Fiebre, malestar general, sensación nauseosa con vómitos. NO dolor abdominal. No otros síntomas. Constates vitales TA 110/60 FC 120lpm SatO2 basal 94% T° 38.5C. Regular estado general. Bien hidratado y perfundido. Libre de disnea o dolor. Consciente, orientado, sin déficits neurológicos. Cavidad oral normal. Auscultación cardiaca y pulmonar normal. Abdomen blando, depresible, globuloso, sin dolor. Exantema papuloso diseminado en tronco (completo), cabeza (completa), ambos brazos y muslos con zonas de epidermolisis muy abundantes en cuello y espalda, y algo menos en abdomen. Analítica de sangre Hb 16.3 Ht° 51% Leucocitosis 18.930 con neutrofilia 93.9% y linfopenia 3.9% Plaquetas 182.000 Glu 187 Cr 0.92 Na 132 K 5.1 pH7.295 pCO2 44.7 HC03 21 EB -5. ECG con taquicardia sinusal a 120lpm. Orina normal. Rx Tórax normal. El paciente pasa a Observación manteniéndose estable hemodinámicamente con fluidoterapia estándar con salino y ATB con amoxicilina-clavulánico. El paciente presenta deterioro respiratorio con necesidad de IOT y conexión a ventilación mecánica y se trasladada a UCI donde se inicia tratamiento con metilprednisolona 60 mg/8h e IVIG 90 g/24h en 5 horas. Se decide traslado a UCI Hospital Virgen del Rocío con diagnóstico inicial de Necrosis epidérmica tóxica de origen farmacológico e Insuficiencia respiratoria aguda (distrés respiratorio). Tras los resultados de anatomía patológica, evolución y valoración por dermatología se diagnostica de pustulosis exantemática generalizada aguda (PEGA).

Conclusiones:

Hasta el 5 % de los pacientes que reciben tratamiento con diltiazem presentan algún tipo de fenómeno adverso dosis-dependiente (cefalea, edemas o bloqueos aurículoventriculares). La toxicidad cutánea, por su parte, comprende un amplio espectro de manifestaciones: prurito, urticaria, exantema maculopapular y, más raramente, petequial, fotosensibilidad, necrosis epidérmica tóxica o vasculitis. La exposición al diltiazem constituye una causa infrecuente, aunque bien documentada, de PEGA. Existen 13 casos



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

documentados de PEGA secundario a diltiazem hasta 2008. En conclusión, los agentes bloqueadores de los canales del calcio y, en especial, el diltiazem, deben ser considerados como potenciales desencadenantes de un cuadro de PEAG. La positividad de las pruebas epicutáneas permitiría documentar el diagnóstico en los casos de presentación clínica atípica.

P-1665

CUANDO EL PROBLEMA EMPIEZA PORQUE LAS CUENTAS NO SALEN...

JL Lechuga Martos, P Matías Soler, S Hernández López, A Estrada Suela, C Clemente Callejo, L Mateo Sánchez

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Palabras clave: cocaína, intoxicación, urgencias

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 18 años de edad, natural de República Dominicana con antecedentes personales de sífilis tratada previa gestación. G1P1. Acude por dolor abdominal tipo cólico de 24 horas de evolución. Tras reinterrogarla refiere ingesta de 10 cuerpos extraños hace 4 días que según refiere podían contener cocaína. 48 horas antes se había autoprovocado un vómito expulsando 3 de los mismos. Exploración Física: TA: 115/70 mmHg. FC 75 lpm. Abdomen: dolor generalizado sin signos de irritación peritoneal. Analítica: Hemograma sin alteraciones. BQ LDH 878, GPT 58, GOT 41 resto normal. Troponinas normales. Rx abdomen: no objetiva claramente cuerpos extraños. TAC abdominal: 5 cuerpos extraños en región pilórica, 1 en asa de delgado. Engrosamiento mural inespecífico en yeyuno. Ante los hallazgos se decide laparotomía exploradora. Se realiza gastrotomía con extracción de 5 cuerpos extraños y enterotomía con extracción de 1 más. Según el relato de la paciente faltaría un cuerpo extraño. No se objetiva ni en pruebas de imagen ni con laparotomía. Tras estancia en UCI y estabilidad hemodinámica pasa a planta donde recibe alta médica pasando a disposición judicial.

Conclusiones:

La rotura de un cuerpo extraño que contenga cocaína puede resultar letal. La salida de cantidades masivas de este tóxico en tracto digestivo provoca una absorción inmediata a través de la mucosa gastrointestinal causando isquemia, oclusión y necrosis intestinal además de trastornos cardiovasculares que irremediablemente presentan un pronóstico fatal. El diagnóstico y tratamiento precoz en estas situaciones son fundamentales al trabajar contrarreloj. El trabajo y la colaboración interdisciplinar entre Urgenciólogos y Cirujanos es clave en el proceso. Normalmente los portadores intracavitarios de cocaína son conscientes de cuantas bolsas han ingerido o se han introducido por lo que es fundamental el recuento final de las bolsas extraídas y comprobar que dicho número coincide con las referidas por el paciente porque en caso de faltar alguna debe buscarse o considerar su posible rotura y prever las complicaciones que de ello se pudieran derivar.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1666

USO DE AZUL DE METILENO EN SHOCK REFRACTARIO SECUNDARIO A UNA INTOXICACIÓN AGUDA POR CALCIO ANTAGONISTA DIHIDROPIRIDÍNICO

E Salgado García, S Nogue Xarau

Urgencias. Hospital Clínic. Barcelona

Palabras clave: calcium channel blockers, poisoning, methylene blue

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 50 años sin alergias medicamentosas, consumo enólico moderado y con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y síndrome ansioso, encontrada en domicilio con disminución de nivel de conciencia al parecer tras la ingesta media hora antes de 1350 mg de mirtazapina, 560 mg de manidipino, 400 mg de citalopram, 50 mg de lorazepam y 840 mg de atorvastatina. A su llegada a urgencias, hipotensa, taquicárdica, afebril, GCS 9, ingresando en Box RCP. Se realizó descontaminación digestiva con carbón activado administrando bicarbonato 1/6M y manteniendo en evolución. Las siguientes horas la paciente presentó hipotensión progresiva a pesar de cargas de volumen con cristaloides, iniciando noradrenalina a dosis crecientes (hasta 1,2 mcg/Kg/min) junto con deterioro de nivel de conciencia, siendo intubada a las 10 h de su llegada a urgencias. Pese a la administración de bicarbonato 1M, persistía inestabilidad hemodinámica, lo que hizo sospechar que el bloqueante de los canales de calcio pueda ser la causa de la hipotensión. Se administran 30 ml de gluconato cálcico al 10% en 5 minutos sin respuesta. Así pues, se inicia terapia GIK (glucosa, insulina, potasio) según protocolo en perfusión en una hora, sin obtener respuesta. A las 14h de su llegada, se administraron 1000 ml de emulsión lipídica al 20%, sin respuesta. A las 36h de la ingesta la paciente persistía con muy elevados requerimientos de noradrenalina (3,6 mcg/Kg/min), con monitorización hemodinámica que mostraba función cardíaca correcta (GC: 5,7, IC: 3,1). Dado que el resto de medidas habían sido ineficaces, se administró una dosis única de 150 mg de azul de metileno profundo en dos horas (2 mg/Kg: 150 mg), pudiendo reducir casi a la mitad la perfusión de noradrenalina, sin necesidad de administrar una nueva dosis. La paciente presentó progresiva normalización hemodinámica siendo extubada a las 60 h de su llegada y retirada la perfusión de noradrenalina a las 80 h de su llegada.

Conclusiones:

El uso del azul de metileno es una medida eficaz en situaciones de shock refractario secundario a intoxicación por inhibidores de los canales de calcio.

P-1668

GASTROPARESIA SECUNDARIA A LA ADMINISTRACIÓN DE INSULINA CON FINES AUTOLÍTICOS

E Rodríguez Conesa, AM Comino García, P González Jiménez, EM Fragero Blesa, M Jiménez Parra, J Gea Fernández

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Palabras clave: gastroparesia, insulina, enfisematosas

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Antecedentes personales NAMC, DM tipo 1, Trastorno esquizotípico, Síndrome rígido-acinético-tremórico asimétrico derecho. Amenorrea con FSH y LDH inhibidas. Intervenciones fractura cadera izquierda Tratamiento: citalopram, insulina lantus biperideno, AAS, lormetazepam, clorazepato dipotásico, gabapentina, clonazepam, metformina. Paciente que acude urgencias por hipoglucemia, pasa a críticos por glucemia capilar de 35. 9ª vez que la paciente acude por alteraciones en la glucemia en los tres últimos meses. Presenta un trastorno mental grave y ha intentado en varias ocasiones el suicidio administrándose dosis masivas de insulina subcutánea. Durante su estancia en área de observación presenta distensión y dolor abdominal, así como vómitos. En Radiografía de abdomen se aprecia gran dilatación gástrica que en principio se podría atribuir a gastroparesia diabética dados los antecedentes de la paciente. Se coloca SNG por la que expulsa contenido gástrico de retención/en posos de café, a pesar de lo cual continúa con vómitos. Sospechando HDA en contexto de dilatación gástrica aguda, se contacta con servicio de Digestivo para realización de gastroscopia, recomendándose realización de TAC abdomen, describiendo gastritis enfisematosa.

Conclusiones:

Existen muchas causas para la gastroparesia, y la diabetes es una de las más comunes para esta enfermedad. Entre otras causas están: infecciones, trastornos del sistema endocrino, trastornos del tejido conectivo como la esclerodermia, enfermedades neuromusculares, causas idiopáticas (desconocidas), cáncer, tratamiento de radiación en tórax o abdomen, algunos tipos de quimioterapia, y cirugía del tracto intestinal superior. En el caso reflejado se trata de una sobreinfección bacteriana lo que se conoce como una gastritis enfisematosa que es una infección de la pared gástrica poco frecuente, de la que hay descritos unos 40 casos en la literatura anglosajona. Con unas tasas de mortalidad elevadas entorno al 60-80%. Tal y como se describe en la literatura, la gastritis enfisematosa es un cuadro extremadamente raro consistente en la inflamación aguda y supurativa por invasión de la mucosa gástrica por bacterias formadoras de gas (estreptococo, E. Coli, Enterobacter, Pseudomona aeruginosa y clostridium perfringens). El tratamiento descrito es conservador con reposo intestinal, Nutrición parenteral, antibióticos de amplio espectro y monitorización con reanimación en una unidad de cuidados intensivos, reservando la cirugía para casos de mala evolución con perforación.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1669

INTOXICACIÓN POR MAGNESIO AL COMBATIR EL ESTREÑIMIENTO

G García Estrada (1), D Fernández Gonzálo (2), M Estrada Martínez (1),
H Safir Jabeen (3), M Maceira Failache (1), ME Cano Cabo (1),
M Cordero Cervantes (1)

(1) Hospital Universitario Central de Asturias, (2) Hospital Valle Nalón, (3) Complejo Asistencial Universitario León

Palabras clave: intoxicación, magnesio, estreñimiento

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer 53 años, no alergias medicamentosas. Sin antecedentes de interés. Inicia un cuadro de debilidad muscular, disnea, somnolencia en relación con la ingesta de 3-4 cucharadas soperas de un preparado de Cloruro de Magnesio sin prescripción médica para tratar un estreñimiento persistente. En la valoración del médico en el domicilio la paciente está con bajo nivel de consciencia y respiración superficial. En el registro del monitor presenta una bradicardia con alargamiento del PR y QRS ancho con electrocardiogramas previos normales. EXPLORACIÓN FÍSICA: T°36.6°C. PA:105/69 mmHg. Fc 30 lpm.SATO2 70%. Glasgow 10. No focalidad neurológica grosera. Auscultación cardíaca: ritmos cardíacos rítmicos sin soplos ni roce. Auscultación pulmonar: Murmullos vesiculares conservados sin ruidos añadidos. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, no se palpan masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal. Peristaltismo aumentado. Miembros inferiores sin interés. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hemograma, estudio de coagulación dentro de la normalidad. Drogas en orina y etanol no detectables. Bioquímica: normal salvo niveles de magnesio 7.03 (0.66-1.07). Gasesometría arterial: pH: 7.26, pCO2 40, pO2 322, HCO3 17.6, SATO2 100%. ECG en urgencias: Bloqueo auriculo-ventricular de primer grado, ensachamiento de QRS. Alargamiento de QT. ECG Control: Ritmo sinusal, normal. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Intento autolítico. Intoxicación por magnesio. DIAGNÓSTICO: Intoxicación por magnesio. TRATAMIENTO: Ingresa en la unidad de cuidados intensivos para monitorización. Se trata con medidas de soporte, fluidoterapia, diuréticos y calcio mejorando progresivamente el pH y los niveles de magnesemia.

Conclusiones:

El magnesio es el cuarto electrolito más importante en el organismo. La hipermagnesemia tiene manifestaciones neuromusculares que pueden causar una insuficiencia respiratoria y manifestaciones cardíacas como bradicardia y alteraciones del electrocardiográficas (alargamiento intervalos PR y QT y ensanchamiento del QRS incluso bloqueo auriculo- ventricular completo). Los trastornos electrolíticos producidos por la peligrosa auto- administración de medicamentos con electrolitos en su composición podrían ser pre-

venidos si estuviera limitado su uso a una prescripción médica para un control del adecuado uso de los mismos y su correcta administración. El planteamiento del caso no es la importancia del electrolito sino si la toma de un suplemento está justificada por un déficit en la dieta.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1670

CUIDADO CON LAS ESTUFAS DE BUTANO EN LAS HABITACIONES MAL VENTILADAS

J Salazar Garzo (1), I Ramiro Bejarano (1), P Fernández de la Mata (1), E Santos Ferreras (1), S Anselmi González (2), A Cabezas Amurgos (3), R López González (4)

(1) Centro de Salud José Aguado. León, (2) Centro de Salud Eras de Renueva. León (3) Urgencias. Hospital de León, (4) Urgencias. Hospital de León

Palabras clave: intoxicación, carboxihemoglobina, cámara hiperbárica

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: El monóxido carbono (CO) es un gas muy tóxico que se produce por la combustión incompleta de carbón, gas natural, gasolina, etc. Los calefactores defectuosos en habitaciones mal ventiladas constituyen un riesgo alto para sufrir la intoxicación por CO. **OBJETIVO:** caso de una intoxicación por monóxido de carbono por mala combustión de una estufa de butano en una habitación de un domicilio. **PA-CIENTE Y MÉTODO:** varón de 17 años que traen sus padres al servicio de Urgencias. Tras oír un fuerte golpe, al acudir a la habitación de su hijo, lo encuentran inconsciente en el suelo con respiración dificultosa. A su llegada a urgencias, el paciente muestra cefalea y somnolencia con posterior hipertensión rigidez y una crisis convulsiva. Se le administra oxígeno al 100% con una mascarilla reservorio Gasometría a su llegada: pH 7,152, pCO₂ 41,3, pO₂ 37, HCO₃ 13,3 SatO₂ 81,1%, COHb 43,4% Analítica: leucocitosis reactiva (resto normal). Rx. tórax: aumento de densidad difuso y bilateral en relación a edema secundario a la intoxicación. Con diagnóstico de intoxicación severa por CO con insuficiencia respiratoria hipoxémica severa, se comenta el caso a la UCI y se decide traslado al hospital de Valdecilla para tratamiento con oxigenoterapia hiperbárica. **RESULTADOS:** tras tratamiento en cámara hiperbárica el paciente evoluciona favorablemente desde el punto de vista clínico, analítico y de imagen, por lo que causa alta.

Conclusiones:

1. El CO tiene 240 veces más afinidad que el O₂ en unirse a la hemoglobina, para formar la carboxihemoglobina (COHb), con lo que desplaza al O₂ de su transporte natural. Esto va a originar una situación de hipoxia tisular cuya gravedad dependerá de la concentración ambiental de CO y del tiempo de exposición. 2. Clínicamente cursa con cefalea, náuseas, vómitos, irritabilidad y posterior somnolencia. Si la intoxicación es grave, coma con hiperventilación, hipertensión muscular, temblor. Pueden aparecer crisis convulsivas y en ocasiones el característico color rojo cereza de piel y mucosas. 3. El empleo de OHB, busca producir una rápida disminución de los niveles de COHb, reduce la hipoxia (principalmente cerebral) y evita las secuelas neurológicas tardías. 4. Los niveles de COHb se correlacionan mal con la gravedad de la intoxicación y con la respuesta al tratamiento.

P-1671

TOXICIDAD

Al Ortega Requena (1), JJ López Pérez (1), P Abellán García (1), M Benedito Roses (2), D Jiménez Burruezo (2), JL Otero Uribe (1)

(1) Hospital General Universitario Reina Sofía, (2) Hospital Morales Meseguer. Murcia

Palabras clave: sustancias tóxicas, hemorragia gastrointestinal, esofagitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

MOTIVO DE CONSULTA: Varón de 34 años que acude por vómitos. **Antecedentes personales:** No AMC. Alérgico al veneno de avispa. Mastocitosis cutánea. No tratamiento crónico. Consumidor habitual de Cannabis. **ENFERMEDAD ACTUAL:** Presenta, al día siguiente de consumo de alcohol y sustancias alucinógenas (cannabis y extasis diluido), odinofagia y dolor urente retroesternal moderado tras lo cual comienza con náuseas y vómitos (en torno a 20), presentando un episodio de hematemesis franca con coágulos coincidente con pico febril 38.5°. **EXPLORACIÓN FÍSICA:** TA 110/50, FC 110, FR 18. Sat 96%. T° 38. AC: Taquicárdica, sin soplos. AP: Murmullo vesicular conservado. Abdomen levemente doloroso a la palpación en región hipogástrica sin signos de irritación peritoneal. Sin focalidad neurológica. **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:** Analítica: Hb 9.4, Hto 22, Leuc 13000, Creat 2.5, ph 7.56, HCO₃ 38. Orina: positivo para Cannabis, Creat 94.4, Na 85, Osm 596. Rx tórax: sin alteraciones. Endoscopia digestiva alta: Esofagitis hemorrágica. Bulbitis. TC tórax: engrosamiento de paredes de esófago con burbujas en lado derecho de esófago superior y medio sugestiva de microperforaciones. DX: esofagitis hemorrágica necrotizante probablemente secundaria al consumo de alcohol y tóxicos. Perforación esofágica con mediastinitis secundaria. IRA PRERRENAL. **EVOLUCIÓN:** El paciente ingresó en UCI donde se inició tratamiento antibiótico empírico. Durante su estancia continuó con rectorragia y melenas posteriormente con caída de la hemoglobina que requirió transfusiones pero sin deterioro hemodinámico, estabilizando de manera progresiva.

Conclusiones:

La esofagitis necrotizante aguda (ENA) también conocida como esófago negro, es una entidad poco frecuente. Su prevalencia es de 0.2%. La forma de presentación clínica habitual es la HDA, pudiéndose asociar otros síntomas como epigastralgia, anemia, vómitos y disfagia. Entre las causas principales se encuentran infecciones víricas, hipersensibilidad a algunos antibióticos, obstrucción al tracto de salida gástrico, rotura/disección aórtica, hiperglucemia, neoplasias y también están descritos casos por vómitos tras ingesta importante de alcohol, como en este caso. Entre las complicaciones se encuentra estenosis o perforación esofágica, mediastinitis y abscesos. El manejo principal es conservador, debe darse tratamiento a la enfermedad de base, hidratación intravenosa, corregir la anemia, ayuno y nutrición parenteral total. El uso de antibióticos es controversial, sólo se recomiendan en caso de identificar microorganismos infecciosos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1672

HEMATOMA SUPRAGLÓTICO ESPONTÁNEO POR SOBREDOSIFICACIÓN DE ACENOCUMAROL

FJ Castrillo Quiñones (1), LA Peña Luengo (2), J Prieto Pilo (2),
V Prieto Lorenzo (3), O Mahrady (4), R Gutiérrez Martín (5)

(1) Centro de Salud Santa Elena. Zamora, (2) SUH Hospital Virgen
de la Concha. Zamora, (3) Centro de Salud Puerta Nueva. Zamora,
(4) Centro de Salud Virgen de la Concha. Zamora, (5) Centro de
Salud Parada del Molino. Zamora

Palabras clave: anticoagulantes, hematoma, laringe

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: La hemorragia como consecuencia de la terapia anticoagulante es una complicación bien conocida y documentada. Entre las localizaciones menos comunes se encuentran las vías aéreas superiores, en las que se puede producir una obstrucción mortal. **OBJETIVO** Exponer un caso de hematoma espontáneo supraglótico relacionado con sobredosificación de Acenocumarol (Sintrom®). **PACIENTE** Varón de 80 años, sin alergias medicamentosas. Fibrilación auricular permanente, BIRDHH, Cardiopatía isquémica, DM2, HTA, Dislipemia, EPOC, Insuficiencia Renal Crónica, Anemia. Tratamiento: Sintrom, Metoprolol, Amlodipino, Metformina, Furosemida, Rosuvastatina, Nitroderm®. Acude al servicio de urgencia por aparición de tumoración dolorosa a nivel cervical anterior de forma brusca, asociando disnea y disfagia. Cambio de pauta de sintrom hace 7 días. No antecedente traumático. Se descartaron interacciones. **MÉTODO** En la exploración física destaca una tumoración dolorosa con hematoma en región anterior cervical, no pulsátil. Movilidad cervical conservada. Voz engolada, disfonía. Sat O2 85%. Analítica: Gasometría Arterial: hipoxemia. Hemograma sin alteraciones de interés. Coagulación: hipocoagulabilidad. INR no calculable. Rx tórax: condensación bibasal. TAC cráneo-cervical y ecografía: hematoma faringo-laríngeo y afectación subcutánea cervical. ECG: 65 lpm, FA, Eje 60°. **RESULTADOS** Se administran 2 ampollas de Vitamina K (Konakion®) IV. Por compromiso de vía aérea se procede a la intubación del paciente por ORL con ayuda de fibroscopio constatando presencia de hematoma a nivel supraglótico y realizando toma de imágenes. El paciente es ingresado en la UCI durante 6 días hasta retirada del tubo endotraqueal. Posteriormente es trasladado a planta y dado de alta.

Conclusiones:

El control de la dosis y administración de Sintrom debe ser exquisito. Ante la llegada de un paciente disneico en tratamiento con anticoagulantes al servicio de urgencias, hemos de tener en cuenta que aunque la patología de base del paciente puede incitar a la búsqueda de un origen habitual de insuficiencia cardiaca o TEP, no debe esperarse a la aparición de disfonía, o de alteración cutánea visible para valorar la faringo-laringe. A pesar de tratarse de casos aislados e inusuales la afectación a este nivel puede conllevar un desenlace fatal.

P-1673

INTOXICACIÓN POR CLOROQUINA CON FINALIDAD AUTOLÍTICA

A Garrido Rosado, M García Garzón, R Narbona Fernández

Hospital Regional de Málaga

Palabras clave: cloroquina, intoxicación, suicidio

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente mujer de 60 años con Diagnóstico de Sensibilidad Química Múltiple con importante deterioro de las actividades de vida diaria, es traída por UVI móvil por intoxicación con finalidad autolítica de 30 comprimidos de Cloroquina (4.65g de cloroquina base) 2 horas antes de su llegada a urgencias. A la llegada la paciente presenta Taquipne con hipoventilación generalizada, convulsiones y disminución del nivel de conciencia, mala perfusión periférica, Glasgow 3. Pupilas mióticas. No se capta TA ni Saturación. En ECG: bradicardia extrema con QRS ancho. Se realiza IOT, administración de adrenalina, Marcapasos percutáneo, RCP avanzada, sueroterapia intensiva, administración de bicarbonato, lavado gástrico, se solicitó emulsión lipídica al almacén. Se determinó exitus a los 40 minutos.

Conclusiones:

La cloroquina se comercializa en España bajo prescripción médica, con las indicaciones de antipalúdico y antirreumático. Presenta una absorción gastrintestinal muy rápida. La ingestión de más de 2 gramos es potencialmente mortal. En España hay descritos en bibliografía solo 5 casos. En Francia es relativamente frecuente su uso con finalidad autolítica. Su intoxicación se caracteriza por presentar alteraciones del intercambio iónico, hipopotasemia. Presentando alteraciones ECG: FV, TV y Torsade de Pointes, bloqueo AV, QT y QRS alargados, descenso ST y T. Presentando síntomas de: Visión borrosa, disminución del nivel de conciencia y convulsiones. Hipotensión arterial y Shock cardiogénico. Náuseas y vómitos. No tiene antídoto y como tratamiento se recomienda: Carbón activado y lavado gástrico, su utilidad depende de la precocidad de su uso. Valorar aislar Vía aérea y Ventilación Mecánica. No está indicada la acidificación de la orina ni la las técnicas depurativas extrarrenales. Hipopotasemia: no se aconseja tratarla de forma precoz por riesgo de incrementar el efecto quinidínico. Diazepam IV, aunque el paciente mantenga un buen nivel de conciencia y no hayan aparecido convulsiones. Perfusión de adrenalina en caso de Shock y alargamiento de QRS. Bicarbonato o lactato sódico en el caso de bloqueo AV. Uso de Marcapasos si bradicardia extrema. Uso de desfibrilación si aparece ritmo desfibrilable. Uso de emulsión lipídica al 20%, se recomienda su uso intoxicaciones agudas para revertir sus efectos adversos cardiovasculares en intoxicaciones sin antídoto, aunque su mecanismo de acción no está totalmente descrito. SERÍA RECOMENDABLE DISPONER EN EL BOX DE CRÍTICOS DE EMULSIÓN LIPÍDICA 20%.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1675

EL AGUA QUE MATA

S Martínez Saldumbide, R López Díaz, V Madrid Ferreiro, E Guirado Granados, F Sánchez Salmerón, A Cordovilla Moreno, M Sánchez García

Hospital Universitario Santa Lucía. Murcia

Palabras clave: esofagitis, hidróxido de sodio, intubación intratraqueal

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Objetivo: Actuación rápida para controlar y proteger la vía aérea. Paciente y método: Niño de 5 años que acude al servicio de urgencias tras ingesta accidental de sosa cáustica (hidróxido de sodio) unos 10 minutos antes. La sosa se encontraba en un botellín de plástico en la nevera y lo iban a utilizar para blanquear las aceitunas. El niño avisa cuando presenta dolor y quemazón en zona de garganta y retroesfíncter. El padre lo trae obnubilado con restos de vómito hemático. Pasamos a urgencias y se procede a control y estabilización de vía aérea. Se procede a intubación orotraqueal con tubo nº 5 con balón. Se administra metilprednisolona, hidrocortisona, metoclopramida, midazolam, paracetamol, rocuronio y omeprazol. Se ventila y contactamos con UCI pediátrica y endoscopista pediátrico. Se deriva a hospital de referencia. Resultados: En UCI se le realiza endoscopia digestiva donde se describe esofagitis cáustica grado IIIb de Zargar se le coloca SNG que posteriormente se cambia a naso-yeyunal, se realiza traqueostomía a los 5 días por presencia de intensa mucositis cáustica en cavidad orofaringe, epiglotis respetando glotis. Se mantiene estable hemodinámicamente sin precisar drogas vasoactivas. A los 15 días del ingreso nueva endoscopia que describe: esófago desde boca de Killian profundamente ulcerado, a 20 cm se visualiza triple orificio, dos que conectan con tráquea. Úlceras en estómago y amplia zona necrótica 3 cm del píloro. Finalmente se traslada al Hospital Necker de París para control y seguimiento debido a la compleja situación esofágica. El paciente se traslada hemodinámicamente estable con tolerancia por SNY.

Conclusiones:

La ingestión de productos cáusticos sigue siendo un grave problema médico-social en pediatría por lo que debemos priorizar la prevención pero cuando el problema se ha establecido la actuación en urgencias es vital aunque el hospital no sea pediátrico. La toxicidad del cáustico produce quemaduras en todo el recorrido esofágico produciendo fístulas esofagotraqueales posteriormente. Si se realizan medidas de reanimación precozmente y se protege la vía aérea mejoramos el pronóstico de estos pacientes.

P-1677

MÁS AFORTUNADO QUE HENRY PURCELL

JM Rodríguez Cámara (1), NI Pereña Molina (2), A Pascual Vergara (3)

(1) Urgencias. Centro de Salud Ronda Norte. Málaga, (2) AGS Serranía de Málaga, (3) Urgencias del Centro de Salud Ronda Norte. Ronda, Málaga

Palabras clave: bronchial spasm, alcoholic intoxication, hypothermia

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Introducción: La ingesta de alcohol y pasar la noche al raso pueden traer funestas consecuencias, como fue el caso del compositor inglés Henry Purcell. Nos avisa a nuestra base de ambulancias a las 00:20 horas de una noche fría el Centro de Coordinación de Urgencias y Emergencias 061, prioridad 1, vía pública, varón de 62 años con antecedentes de asma, desvanecido en una calle en la feria. A nuestra llegada se encuentra en el suelo, en decúbito supino, rodeado de una multitud, fetor enólico, Glasgow de 9/15 (mejor respuesta ocular 2, mejor respuesta verbal 3, mejor respuesta motora 4), midriasis bilateral poco reactiva, hipotonía, taquipnea, uso de musculatura accesoria, auscultación con bradicardia rítmica, hipofonésis generalizada y sibilantes intensos espiratorios e inspiratorios. Tensión arterial (TA) 90/60, saturación de oxígeno 91%, glucemia 103mg/dl, temperatura de 34,2°C. Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 57 latidos por minuto, sin alteraciones de la repolarización. Refieren que ha tomado al menos dos botellas de whisky en el bar, salió a la calle a tomar el aire y sufrió el desvanecimiento. Movilizamos al paciente a la ambulancia. Objetivo Mejorar la situación clínica mediante uso de fármacos, estabilizarlo y trasladarlo al hospital. Material y método Administramos hidrocortisona intravenosa 200 mg (IV), adrenalina 0,5 mg por vía subcutánea, naloxona 0,4 mg IV, piridoxina 300 mg IV diluida en suero glucosado al 5%, tiamina 100 mg intramuscular, nebulización con salbutamol 5 mg y bromuro de ipratropio 500 microgramos. Realizamos medidas para control de hipotermia con manta térmica y suero caliente. Administramos O2 con mascarilla Venturi con FiO2 al 35%. Resultados: Mejoría franca a la administración de fármacos, consiguiendo Glasgow de 13 (mejor respuesta ocular 3, mejor respuesta verbal 4, mejor respuesta motora 6), auscultación rítmica a 85 lpm, murmullo vesicular en ambos campos con sibilancias generalizadas, no hay tiraje ni taquipnea, la saturación de oxígeno > 95%, TA 118/68 y temperatura 36,4°C a su llegada al hospital.

Conclusiones:

El paciente sufrió un episodio de broncoespasmo debido a depresión respiratoria e hipotermia por una intoxicación etílica grave. En esta ocasión, nuestro paciente tuvo un final más afortunado que el compositor de ópera inglés que falleció en similares circunstancias.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1678

EL AMBIENTE ESTABA CARGADO

**FJ Fernández Valero (1), TR Álvarez Balseca (2),
A Egea Huertas (3), MJ Fernández Rodríguez (1),
G Alonso Sánchez (1), MH Vidal Giménez (1)**

Hospital Comarcal del Noroeste Caravaca de la Cruz. Murcia

Palabras clave: CO-metahemoglobina, disnea

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Mujer de 15 años, sin antecedentes de interés, remitida por las Urgencias extrahospitalarias por síncope tras cefalea holocraneal, cayendo al suelo con traumatismo en cavidad oral y pérdida de consciencia recuperada espontáneamente. Al dirigirme al padre, para preguntarle por las circunstancias del episodio en la paciente, refiere mareo, y tanto él como la madre han acudido a la puerta de Urgencias por los mismos síntomas que achacan al uso de un brasero en casa cerrando la ventilación de la casa para, según ellos, concentrar más el calor. Consciente y orientada, regular estado general, normohidratada, normoperfundida, afebril, eupneica, FC: 84 l.p.m., Sat.O₂: 95 %, TA: 115/ 63 mm Hg. En la exploración destacaba el en estado de somnolencia pero con un Glasgow 15/15. Presentaba sangre en cavidad oral con herida por mordedura en labio inferior. La bioquímica y hemograma fueron normales pero con la siguiente gasometría arterial: pH 7.34, PaO₂ 24, PaCO₂ 47, HCO₃ 24, Sat. O₂ 57 % y COhemoglobina 19.4. Radiografías de tórax y abdomen anodinas así como el ECG. En observación se inició oxigenoterapia al 100% con mascarilla con reservorio durante más de 4 horas y se administró 500cc de Suero Glucosado al 5% intravenoso, realizándose después una gasometría venosa con Sat. O₂ 77 % y COhemoglobina 4.2. Alta a domicilio con tratamiento sintomático a base de analgesia y con pautas de vigilancia domiciliaria con el diagnóstico de Síncope por intoxicación por CO y traumatismo oral.

Conclusiones:

Suele ser difícil decir si alguien está intoxicado por CO porque los síntomas pueden parecerse a los de otras enfermedades. Las personas que están dormidas o intoxicadas pueden morir de envenenamiento por CO antes de presentar síntomas. Un detector de CO puede advertirnos ante altos niveles de CO en su hogar. Es una urgencia médica que, de no tratarse oportunamente, puede dejar secuelas neurológicas o incluso provocar la muerte del paciente. La clínica depende de la intensidad de la exposición a este gas y varía según el grado de afectación de los órganos involucrados. La administración de oxígeno normobárico es el tratamiento utilizado hasta la resolución de los síntomas y la normalización de COHb.

P-1679

EL COÑAC COMO ANTÍDOTO

A Ramos Fernández (1), D Simón González (2), A Lidón Mazón (3)

(1) Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid (2) Centro de Salud Rivera del Muelle. Puerto Real, (3) Centro de Salud Pinillo Chico. Puerto de Santa María, Cádiz

Palabras clave: etilenglicol, intoxicación, coñac

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Es trasladado a urgencias en ambulancia un paciente que realiza una ingesta de medio litro de líquido anticongelante para coches con ideación autolítica. A la exploración el paciente se encuentra consciente, orientado en las 3 esferas y moderadamente colaborador. No presenta sintomatología de la esfera psicótica y actualmente no verbaliza ideación autolítica. Estable clínica y hemodinámicamente. Tras contactar con servicio de toxicología, informan de la posible sintomatología derivada de la intoxicación por etilenglicol y el procedimiento a seguir. Se realiza lavado gástrico y se administra carbón activado, se tratará con etanol 96° 80ml diluida al 30% (0.8-1 ml/kg de etanol 96°) vía oral. Una vez en observación se practicarán analíticas y gasometrías con la intención de monitorizar pH y función hepática y renal. Al no encontrar alcohol etílico 96°, se consigue bebida destilada tipo coñac al 30° (24gr alcohol 100ml), que se diluye en 200ml de agua y se pasa 35ml/h, en total 140ml cada 4 horas. El paciente respondió favorablemente y se ingresó en planta de medicina interna para control evolutivo y tratamiento.

Conclusiones:

A menudo acuden a urgencias pacientes que, voluntaria o involuntariamente, presentan intoxicaciones por diferentes fármacos o tóxicos. Conocemos los antídotos y la actuación para los más frecuentes, en otros casos el tratamiento no es tan conocido. En la actualidad se está investigando la utilización del 4-metilpirazol como antídoto para la intoxicación por etilenglicol, su afinidad por la alcoholdehidrogenasa es 8.000 veces superior al etilenglicol, pero la falta de datos definitivos de eficacia y eficiencia hacen que etanol continúe siendo el antídoto a administrar, que competirá con el etilenglicol. La hemodiálisis se utilizará para los casos más graves.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1680

USO DE ANTIGRIPALES. ¿SON INOCUOS?

M Carretero Matas, D Giménez Cid, E Porcel Martín

Hospital Comarcal Axarquía. Granada

Palabras clave: influenza human, therapeutics, drugg, related side effects and adverse reactions

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Caso clínico 1: Varón de 76 años. NAMC. IAM anterior en Noviembre/2014 con stent farmacológico. HBP en tratamiento con tamsulosina 0.4mg/24h. Acude a urgencias por episodio de oligoanuria y estreñimiento tras toma en menos de 24 horas de complejo antigripal. No otros síntomas. A la exploración, se encuentra estable hemodinámicamente. Buen estado general. Afectado por dolor abdominal. Eupneico. Bien perfundido e hidratado. Abdomen blando, depresible, distendido con palpación de globo vesical y ruidos hidroaéreos presentes. Se pauta sondaje vesical y se alta para control en Atención Primaria con suspensión de la medicación causante y retirada de sonda en 3 días. Caso clínico 2: Mujer de 69 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por cuadro de 24-48 horas de evolución de palpitaciones, sensación de vuelco del corazón y pulso irregular tras tomar en los días previos de complejo antigripal de compra libre en farmacia. A la exploración física, se encuentra estable hemodinámicamente. Buen estado general. Bien hidratada y perfundida. Eupneica. Auscultación cardíaca con taquicardia rítmica a 140lpm sin soplos ni rones y con murmullo vesicular conservados sin ruidos sobreañadidos. ECG Taquicardia de QRS estrecho a 140lpm compatible con taquicardia supraventricular. Tras pauta se betabloqueantes oral, la paciente fue dada de alta con mejoría clínica y retirada de medicación.

Conclusiones:

El uso de antigripales en determinadas épocas del año está muy extendido a la población en general por prescripción médica o en su defecto por compra libre en farmacia. Pero su uso no es inocuo ya que debido a la variabilidad de sus principios activos (antihistamínicos, simpaticomiméticos, complejos vitamínicos,?) puede producir una serie de reacciones adversas ya que su prescripción y uso debería ser individual, en función de determinados aspectos (edad, comorbilidad, polifarmacia,...) ya que puede ser perjudicial para el paciente. Estamos ante dos pacientes de perfil muy distinto (el primero es un varón, de edad avanzada, con prostatismo y la segunda es una mujer de 69 años sin enfermedades previas) donde el uso irracional puede conllevar efectos adversos. De ahí la importancia de la prescripción médica individualizada donde se tenga en cuenta dichos aspectos.

P-1681

UN SÍNDROME DE ABSTINENCIA CONTRA EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA

H Lara Duarte, V Prieto Lorenzo, FJ Castrillo, O Mahrady, N García, P García

Hospital Virgen de la Concha. Zamora

Palabras clave: withdrawal syndrome, Gabapentin, alcohol abuse

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Introducción: En pacientes con difícil control del dolor se requiere polimedicación en ocasiones. Al añadir o retirar fármacos es preciso evaluar la clínica posterior del paciente, puesto que nuevos síntomas pueden ser iatrogénicos. Objetivo: Descripción, a propósito de un caso, del síndrome de abstinencia a gabapentina. Caso clínico: Paciente mujer de 69 años, intervenida de estenosis de canal lumbar hace 30 años con síndrome de espalda operada fallida y dos bloqueos nerviosos con mala respuesta, atendida por la Unidad de Cuidados Paliativos domiciliarios para control del dolor. En tratamiento analgésico con Gabapentina 600mg (1-1-1) desde hace 2 años, Nolotil (1-1-1) y Triptizol 25mg (0-0-2). Refería dolor dorso-lumbar opresivo con EVA 9-10/10 y exacerbaciones con la movilización, de tipo neuropático. Se introduce Targin 10/5mg (1-0-1) y Abstral 100mcg de rescate, reduciéndose EVA hasta 5/10. Dada la estabilidad y buena tolerancia, se pauta reducción progresiva de Triptizol 10 mg (0-0-1) y Gabapentina, manteniendo el resto del tratamiento. Tras dos semanas, refiere dolor neuropático en glúteo izquierdo irradiado a rodilla, acompañado de sensibilidad en la zona y pérdida de fuerza, EVA hasta 8/10 y sensación de inestabilidad sin giro de objetos, sudoración profusa, somnolencia, náuseas, mioclonías y dolor abdominal. Ante la sospecha de neurointoxicación por opioides se decide rotación de Targin a Tapentadol, y aumentar Triptizol a 25 mg. Dos días después persiste la sintomatología. Se pasa a vía subcutánea, introduciendo cloruro mórfico, sin mejoría. Al día siguiente, el cuadro continúa, por lo que se suspende toda la medicación, realizando analítica, sin hallazgos patológicos. Se re-introduce Gabapentina 300 mg (1-0-1) tras revisión bibliográfica, constatándose casos de abstinencia a la Gabapentina con clínica similar a la presente. Tras 15 días, la paciente permanece asintomática. El tratamiento actual es Gabapentina 300 mg (1-0-1) y Abstral 100 mcg si precisa.

Conclusiones:

La gabapentina es un análogo del GABA que actúa sobre el sistema nervioso central, utilizándose habitualmente como tratamiento en deshabituación de abuso de alcohol y otras sustancias. Aunque es un fármaco cada vez más usado y considerado seguro, ante la incidencia de casos de abuso, dependencia y síndrome de abstinencia se debe ser consciente de los riesgos y evaluar signos de alarma en consecuencia.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1682

ERGOTISMO EN PACIENTE VIH

C Sánchez Marcos (1), E Salgado García (2), S Nogué Xarau (1)

Hospital Clínic. Barcelona

Palabras clave: vasoespasmo, ergotamina, VIH

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 40 años con antecedente de infección por VIH en tratamiento con Darunavir y Ritonavir con buen control. Consumido ocasional de cocaína, GHB, metaanfetamina y popper. Acude a urgencias por presentar desde hace 48 horas dolor lacerante progresivo en manos y en pies, con frialdad y cianosis con imposibilidad para cerrar manos. Consumo de 1 gramo de cocaína, GHB y metanfetamina 72 horas antes en una fiesta, niega otras drogas como popper o estimulantes similares. No venopunciones, sólo toma de una pastilla por cefalea dos días antes. Niega dolor torácico, disnea, no cefalea. A su llegada, consciente, con importante dolor en 4 extremidades con ausencia de pulsos braquiales, radiales, poplíteos y pedios. Cianosis distal de manos y pies, con frialdad y déficit de movilidad asociado. No se detectaron tensiones debido a ausencia de pulso humeral. Se realizó analítica que mostro aumento de CK (550 U/L), acidosis metabólica con lactato de 26,7 mg/dL, función renal, marcadores de daño miocárdico y hemograma normales. Metahemoglobinemia 0,1%. Cribado de tóxicos positivo para cocaína y anfetamina. Se realiza ecodoppler en urgencias donde se evidencia a nivel radial, humeral y poplíteo engrosamiento de la pared arterial con compresión de la misma y ausencia de flujo en su interior que normaliza al llegar a región axilar y femoral compatible con vasoespasmo. Así mismo, se realiza angioTAC que descartar proceso embólico viendo una opacificación fina de ambas arterias braquiales, y disminución del calibre de ambas arterias femorales superficiales, siendo compatible con vasoespasmo difuso. Se canaliza acceso femoral arterial para monitorización arterial invasiva y venoso central comenzando con infusión de prostaglandinas, nitroglicerina, heparina sódica, nifedipino oral y nitroglicerina tópica. A las 4 horas mejoría de la cianosis, dolor, persistiendo frialdad y con ausencia de pulsos periféricos con mejoría del pH e intercambio venoso de oxígeno. Tras 24 horas de terapia, reaparición de pulsos periféricos.

Conclusiones:

Los animigrañosos son fármacos de uso extendido con múltiples efectos secundarios e interacciones que hay que tener presente ante cuadros de vasoespasmo arterial agudo. Es importante iniciar cuanto antes vasodilatadores y anticoagulación desde urgencias para minimizar la isquemia, ya que puede llegar a amputación de miembros.

P-1683

NO SÓLO ES UN EXANTEMA

C Rubio Chacón (1), E Muro Fernández de Pinedo (2),
B de Miguel Campo (1), LL Llopart Núñez (1), I Fernández Marín (1),
A García Marín (1), L Pérez Ordoño (1)

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Palabras clave: exantema, nefritis intersticial, ciprofloxacino

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 85 años, con antecedentes de hipertensión y Parkinson, acude al servicio de urgencias porque presenta unas lesiones exantemáticas no asociadas a prurito. Lesiones de aparición progresiva y descendente sin haber presentado fiebre ni otra sintomatología. Sus familiares comentan empeoramiento de su rigidez y del estado general en la última semana. Le pautaron 10 días antes de su visita al servicio de urgencias un tratamiento con ciprofloxacino porque le realizaron una CPRE por una colangitis aguda por E.Coli secundaria a coledocolitiasis. Presenta las siguientes constantes: T°36, 3°C, TA 143/68, FC 72 lpm, FR 21 rpm/min. Exploración física sin hallazgos significativos salvo las lesiones dermatológicas y la rigidez a la flexoextensión de los miembros superiores con rueda dentada. En la analítica se evidencia un fracaso renal agudo con una creatinina sérica de 3,3 mg/dl siendo la previa de 1,1 mg/dl. En el resto de la analítica destaca una GGT 248, fosfatasa alcalina de 462, PCR 1,3 y 12.600 leucocitos con desviación izquierda. ECG: Ritmo sinusal a 78 lpm, eje normal, QRS estrecho, signos de HVI, T isodifásica en V5-V6. TC craneal: estudio sin hallazgos para la edad del paciente. Rx de tórax: ligero aumento de la silueta cardiaca, resto sin alteraciones. Se realiza ecografía abdominal en la que se observa una vesícula contraída con litiasis sin dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática. Asociado a este cuadro presenta alucinaciones visuales (cucarachas, caballos, personas) tras el inicio del tratamiento con esteroides por la sospecha de nefritis intersticial. El cuadro mejora tras la suspensión de los corticoides, el inicio de neurolépticos de perfil sedativo y la sueroterapia con la mejoría progresiva de la función renal.

Conclusiones:

Tanto la erupción cutánea como la nefritis intersticial son dos efectos secundarios frecuentes en el tratamiento con ciprofloxacino. Se deberá tener especial cuidado en los pacientes que presenten insuficiencia renal y ajustar la dosis ya que podría empeorar la insuficiencia renal del paciente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1685

NALMEFENO COMO CAUSA DE SÍNDROME DE ABSTINENCIA

FJ Martínez Rodríguez (1), MA Cobo Ruiz (1), C Arias Meneses (2)

(1) Centro de Salud de Sama de Langreo, (2) Servicio de Urgencias. Hospital Valle del Nalón. Avilés, Asturias

Palabras clave: abstinence syndrome, nalmefene, drug addiction

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Presentación: Varón de 30 años sin alergias, politoxicómano, a tratamiento con metadona. Acude a urgencias refiriendo dolor abdominal en epigastrio sin irradiación y agitación tras tomar heroína inhalada y unos comprimidos aportados por un amigo. Exploración física: Muy agitado, reaccionando con agresividad y no colaborador, tembloroso, sudoroso, con alucinaciones visuales pero orientado en espacio y tiempo. Temperatura: 38.1°C. En auscultación cardio-pulmonar se objetivaba una taquicardia rítmica. La exploración abdominal era anodina. No se pudo completar la exploración neurológica al no colaborar. Pruebas complementarias: hemograma y coagulación eran normales, la bioquímica únicamente presentaba una Proteína C Reactiva de 16 miligramos/decilitro, con iones, pruebas de función renal y hepática y enzimas cardíacas normales. No se pudo analizar la orina al negarse a realizar su recogida. La radiografía de tórax era normal. El electrocardiograma reflejaba una taquicardia sinusal con ondas T negativas en cara lateral V4-V6. Evolución: Durante su estancia, la familia aporta los comprimidos ingeridos constatándose que es nalmefeno 18 mg. Presentó cuadro de agitación precisando diazepam, haloperidol, cloruro mórfico y fentanilo endovenoso con mejoría clínica y desaparición lenta de alucinaciones visuales siendo valorado por psiquiatra a las 12 horas del ingreso, que describe alternancia de momentos de coherencia con tendencia a somnolencia y otros con sintomatología confusional. Se repitió analítica sanguínea siendo normal. Se administró la dosis de metadona correspondiente con mejoría definitiva, decidiéndose alta. Diagnóstico: Síndrome de abstinencia a opiáceos en relación con toma de nalmefeno en paciente a tratamiento con metadona y consumidor activo de heroína inhalada.

Conclusiones:

Se presenta el caso de un politoxicómano a tratamiento sustitutivo con metadona que acude a urgencias tras consumir varias sustancias. Tras analizar los síntomas se concluye que presenta un síndrome de privación brusco en lugar de sintomatología por sobredosificación de distintas sustancias. El nalmefeno está indicado para la reducción del consumo del alcohol en pacientes adultos con dependencia de alcohol y que presentan un nivel de consumo de riesgo alto(1). Su mecanismo de acción sobre receptores opioides, es igual que el de la naltrexona, por lo que se debe tener en cuenta en todo paciente a tratamiento con opiáceos.

P-1686

ANAFILAXIA POR FÓRMULA DE HIDROLIZADO DE PROTEÍNAS SÉRICAS

Y González Silva (1), E Dulce Lafuente (1), J Trigueros Lorenzo (1), S Calvo Sardón (1), S Díez Morales (1), R Cuadra San Miguel (2)

(1) Gerencia de Atención Primaria Valladolid Oeste, (2) Gerencia Atención Primaria El Bierzo. Ponferrada, León

Palabras clave: anafilaxia, hipersensibilidad inmediata, lactante

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción: La alergia a proteínas de la leche de vaca (APLV) es la alergia más común del lactante. Éstos suelen tolerar preparados basados en proteínas de la leche de vaca (PLV) altamente hidrolizadas. La anafilaxia es una reacción alérgica aguda, que afecta a dos o más órganos o sistemas, pudiendo ser potencialmente fatal. Descripción del caso: Varón de 26 meses con antecedentes personales de APLV, diagnosticada a los 2 meses tras presentar vómitos con fórmula láctea de inicio. Presentaba IgE específicos en suero en niveles altos para leche de vaca: 68,6, alfa-lactalbumina 54,8, beta-lactoglobulina: 57,4 e IgE total 684,4U/mL. Se le prescribió hidrolizado de caseína (Nutramigen®) que toleró. Debido a la denegación de la prórroga de prestación de Nutramigen® se le prescribe hidrolizado de proteínas séricas (Damira Pro 3 de Sanutri®) inmediatamente tras la toma presenta disnea, cianosis y edema labial. Se administra en domicilio adrenalina intramuscular (0,15 ml) y acuden al Servicio de Urgencias Hospitalarias. Exploración: 37,6°C, 77/41 mmHg, 195 lpm, SatO2 91%. Sudoroso, taquipneico, rubicundez generalizada y leve cianosis peribucal. Tórax: simétrico, expansible con roncus dispersos, auscultación rítmica sin soplos. Abdomen y EEL normales. Pruebas complementarias: Analítica sanguínea: normal, ECG: taquicardia sinusal a 140lpm, sin alteraciones en repolarización. Juicio clínico: Anafilaxia/Broncoespasmo. 6) Diagnóstico diferencial: Urticaria generalizada, angioedema, reacción vasovagal, aspiración de cuerpo extraño, shock séptico o hipovolémico? 7) Evolución: A la llegada a Urgencias se pauta metilprednisolona 20 mg i.v, Polaramine® 4 mg i.v., aerosol de Salbutamol 2,5 cc en 3 tandas y dispositivo Venturi al 50%. Monitorizándose TA, pulsioximetría y electrocardiográficamente. Permanece en observación mejorando el cuadro y presentando estabilidad hemodinámica durante las siguientes horas, normalizándose las constantes. Al alta se pautan antihistamínicos y prednisona tres días y se remite a consulta de alergología.

Conclusiones:

Existen pocos casos de anafilaxia con fórmulas de hidrolizado de proteínas séricas en pacientes altamente sensibilizados a PLV. El abordaje inicial es mantener la vía aérea y funciones respiratoria y circulatoria (ABC). Vigilar signos de empeoramiento: distrés, vómitos, hipotensión, arritmias y disminución de consciencia. Tras la estabilización y observación pertinentes el paciente puede ser dado de alta con información adecuada, tratamiento y educación a cuidadores sobre manejo de adrenalina autoinyectable.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1687

ESCOMBROIDOSIS, PATOLOGÍA FRECUENTE EN URGENCIAS Y POCO DIAGNOSTICADA

J Pacheco Sanjuan, MI Correa Rosales, A Garrido Rosado

Hospital Regional Universitario de Málaga

Palabras clave: escombroidosis, intoxicación alimentaria atún, urticaria

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 49 años sin antecedentes médicos de interés ni historia de reacción alérgica previa que consulta por prurito y enrojecimiento cutáneo tipo habones pruriginosos de predominio en nuca, cara y tronco a los 60 minutos de ingerir atún enlatado. Solicitaba tratamiento para el prurito intenso. A la exploración estable hemodinámicamente, normotensa, afebril. No edema de úvula y auscultación cardiorrespiratoria normal. Mejoría clínica tras administración de antihistamínico H1 (dexclorfeniramina), tratándose al alta con mismo fármaco vía oral.

Conclusiones:

La escombroidosis es un síndrome bastante frecuente y diagnosticado en pocas ocasiones, es una intoxicación pseudoalérgica relativamente frecuente por pescados en condiciones inadecuadas de conservación. Los síntomas recuerdan una reacción alérgica tipo urticaria. La afectación suele ser leve-moderada, el diagnóstico es fundamentalmente clínico y el tratamiento sintomático. Se produce por pescados escombroides (atún, bonito, caballa) y no escombroides (salmón, sardina y arenque). En condiciones inadecuadas de conservación o refrigeración, la musculatura de estos peces de carne oscura sufre descomposición bacteriana produciéndose liberación de histamina. El pescado afecto puede tener sabor metálico o picante con aspecto normal. Los síntomas aparecen a los 5-100 minutos tras la ingesta recordando a una reacción alérgica. Puede aparecer: enrojecimiento cutáneo de predominio en cara, cuello y tronco, sensación de hormigueo o quemazón en la boca, sensación distérmica, hiperemia conjuntival, prurito, urticaria, náuseas y vómitos, diarrea, dolor epigástrico, disfagia, cefalea, sed, palpitaciones, angioedema e hipotensión. Normalmente se resuelve espontáneamente en 8-12 horas. En casos moderados-intensos los antihistamínicos orales pueden ser beneficiosos. A veces se precisan broncodilatadores inhalados y en raras ocasiones adrenalina o corticoides. El diagnóstico de la escombroidosis es clínico, confirmándose mediante la determinación de los niveles de histamina en los pescados implicados. También es posible determinar niveles de histamina en orina de las personas con sospecha de intoxicación. La clave de la prevención es la adecuada refrigeración del pescado (menos de 0°C) desde que es capturado hasta que es consumido. Al ser una intoxicación causada por una incorrecta manipulación de los alimentos, debe ser notificada a las autoridades correspondientes.

P-1688

BRONCOESPASMO POR N-ACETILCISTEÍNA EN EL TRATAMIENTO DE INTOXICACIÓN POR PARACETAMOL

M Dorta Romero, A Miranda Rodríguez, JR González Ramírez, L Lorenzo Garde

Hospital General de La Palma. La Palma, Santa Cruz de Tenerife

Palabras clave: paracetamol, broncoespasmo, fallo hepático

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Broncoespasmo por N-acetilcisteína en el tratamiento de Intoxicación por Paracetamol
Introducción: La intoxicación por paracetamol es un hecho verdaderamente infrecuente, debido sobre todo al elevado rango terapéutico que posee. Los efectos letales de su ingestión a menudo son el resultado de las complicaciones que originan, aunque por efecto directo del fármaco se producen tanto en suicidios como a causa de sobredosis en búsqueda de analgesia. Se debe instaurar el tratamiento siempre que exista la menor duda de intoxicación por paracetamol. En España se preconiza el uso de N-acetilcisteína (NAC) intravenoso actualmente, por lo que este problema se encuentra solucionado. La NAC iv tiene efectos adversos, simples reacciones locales a cuadros anafilácticos (muy poco frecuentes), siendo éstos más probables durante la fase de tratamiento de dosis de carga. Otros efectos adversos son (náuseas-flush-urticaria-prurito) como los más comunes y de mayor importancia son (angioedema-broncoconstricción-SDRA) hipo e hipertensión (muy raros). Niña de 12 años que ingiere con fines autolíticos de 12gr de Paracetamol (más de 12 horas de evolución), presentando vómitos y epigastralgia. Antecedentes Personales: Hiperreactividad Bronquial Exploración física: Consciente y orientada. Normocoloreada. Hemodinámicamente estable. Sin focalidad neurológica. Abdomen blando depresible. No doloroso. No visceromegalias. Ruidos disminuidos. Pruebas complementarias: Bioquímica y perfil hepático: normales. Hemograma/Coagulación: normales Paracetamol plasmático: 33.2 mcg/ml. Sistemático orina/sedimento: normal y otros tóxicos: negativos. EKG/Rx-Tórax: normales Abordaje: monitorización de CV, Metoclopramida 10mg EV NAC 150 mg/kg en 200 ml de solución glucosado-5% en 60 minutos, momento en el que la paciente sufre episodio de disnea brusca y sibilancias que se resuelve deteniendo perfusión de NAC durante una hora e iniciando metilprednisolona y dexclorfeniramina endovenoso, salbutamol inhalado, con éxito, para renovar perfusión a dosis de 50 mg/kg en las siguientes 4 horas sin incidencias destacables. Se procede a su ingreso a cargo del Servicio de Pediatría e interconsulta con Psiquiatría y se suspende infusión de NAC ante ausencia de perfil de toxicidad hepática.

Conclusiones:

La morbilidad en la sobredosis aumenta con el tiempo que transcurre para la administración de la NAC. Si se inicia en las primeras ocho horas, el desarrollo de hepatotoxicidad es extremadamente raro (<5%), si se inicia a las 16 a 24 horas, se presenta en aproximadamente el 41% de los casos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1690

ELECTROCUCIÓN: COMPLICACIONES MENOS FRECUENTES

D Giménez Cid, E Porcel Martín, M Carretero Matas

Hospital Comarcal Axarquía. Málaga

Palabras clave: shoulder dislocation, electric injuries, therapeutics

Historia clínica:

Mujer de 79 años que acude a urgencias trasladada por el DCCU por dolor muscular generalizado (más intenso en miembros superiores) tras descarga eléctrica de unos 2 minutos de duración por apoyo de ambas manos húmedas a una barandilla que estaba en contacto con una lámpara sin otros síntomas asociados. Alergia a codeína. HTA. DMII. Dislipemia. Parkinson. Anemia por trastornos crónicos. Accidente isquémico transitorio. Regular estado general (afectada por dolor). Bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. TA 149/88 FC 87lpm Afebril. Consciente, orientada, colaboradora. Glasgow 15. Pupilas isocóricas normoreactivas. Movimientos oculares conservados. No afectación de pares craneales ni focalidad neurológica. No rigidez cervical. Romberg, marcha y test cerebeloso normal. Pulsos carotídeos conservados y simétricos. No ingurgitación yugular. Auscultación cardiorrespiratoria tonos rítmicos y regulares a 87lpm sin soplos ni rones. Murmullo vesicular conservado con hipoventilación en ambas bases pulmonares. Abdomen blando, depresible sin masas ni megalias, no doloroso a la palpación. Ruidos hidroaéreos conservados. Miembros inferiores con pulsos conservados. No signos de trombosis venosa profunda. Miembros superiores Dolor importante e impotencia funcional de ambos hombros, más intenso en el derecho sin déficit neurovascular distal. Herida abrasivas en ambas palmas y flexura de los dedos, más intenso en la mano derecha con respecto a la izquierda. Electrocardiograma Ritmo sinusal a 62lpm. Eje e intervalos normales. No trastornos de la repolarización. Analítica de sangre Hemoglobina 10.6 Hematocrito 32% Leucocitos 10.410 Neutrófilos 7.850 Plaquetas 137.000 TP 83% Glucosa 140 Creatinina 1.10 CK 181 Na 141 K 4.2 Troponina basal 23.29 pg/ml (2ª determinación 19.72pg/ml). Orina normal. Rx Tórax ICT menor de 0.5 sin pinzamiento de senos costofrénicos ni condensación. Rx Hombro AP y transtorácica bilateral con fractura aislada troquíter hombro izquierdo y fractura-luxación hombro derecho. La paciente pasa a Observación de camas para reducción de luxación bajo sedación con midazolam y fentanilo siendo insatisfactoria. Se procede a reducción en quirófano bajo anestesia general. Permanece en Observación 24 horas para monitorización electrocardiográfica continua, control analítico, sueroterapia y analgesia sin incidencia y dada de alta con tratamiento conservador (cabestrillo de ambos hombros) y pendiente de intervención quirúrgica programada.

Conclusiones:

Estamos ante un caso de electrocución por corriente doméstica y la principal complicación que hay que descartar es cardíaca (arritmias) nefrológica (NTA,...) neurológica (hemorragia/edema cerebral, convulsión) pero no debemos olvidar otra menos frecuentes ya que en este caso se demoró el estudio radiológico de miembros superiores ya que se consideró inicialmente secundaria a miopatía/rabdomiolisis por la descarga

P-1691

FARMACO-BEZOAR POR CLOMIPRAMINA

C Ramió Lluch, L Ferrer Caballé, A Gispert Ametller, A Bejar Delgado

Hospital Josep Trueta Girona. Girona

Palabras clave: farmacobezoar, intoxicación por antidepresivos tricíclicos, clomipramina

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 62 años con antecedente de depresión en tratamiento con clomipramina 75mg/12h. Atendida en domicilio por la unidad de Soporte Vital Avanzado por disminución del nivel de conciencia, relajación de esfínter urinario y convulsiones tónico-clónicas. Tras la administración de midazolam destacaba tetraparesia, rigidez generalizada e hipotensión, sin mejoría del nivel de conciencia por lo que se procedió a intubación oro-traqueal y se trasladó a nuestro centro con sospecha de hemorragia subaracnoidea. En urgencias se realizó estudio analítico sanguíneo sin alteraciones. La determinación de tóxicos en orina fue positiva para mórficos y antidepresivos tricíclicos. En el electrocardiograma destacaba un alargamiento del QTc. La tomografía craneal descartó patología intracraneal aguda. En la exploración clínica se objetivaron pupilas midriáticas, arreflexia generalizada con flacidez e hipotensión. Orientando como posible estatus epiléptico ingresó en la unidad de medicina intensiva, se practicó una punción lumbar y un electroencefalograma que no mostraron hallazgos patológico, por lo que se extubó a la paciente. A las 48 horas del ingreso, la familia comunicó haber encontrado blísteres vacíos de clomipramina 75mg, se sospechó ingesta de la paciente con dosis estimada de 2250 mg. Se reorientó el caso como posible intoxicación por antidepresivos tricíclicos con ideación suicida. La paciente persistía obnubilada e hipotensa, precisando infusión de drogas vasoactivas. Se revisó la radiografía de tórax y se observaron pequeñas imágenes redondeadas radiopacas en zona gástrica, sugestivas de farmacobezoar por comprimidos de clomipramina. Se inició carbón activado y sulfato de magnesio por sonda nasogástrica sin apreciar cambios radiológicos ni clínicos en la paciente, por lo que se practicó una fibrogastroscoopia, consiguiendo extraer la mayoría de los comprimidos. La paciente presentó buena evolución clínica y fue trasladada a medicina interna y posteriormente a psiquiatría.

Conclusiones:

Ante una imagen radiopaca sugestiva de comprimidos gástricos se debe descartar intoxicación por sales de hierro, litio, antidepresivos tricíclicos y carbamacepina. La intoxicación por antidepresivos tricíclicos puede causar midriasis, hipotensión, taquicardia, coma, convulsiones y trastornos electrocardiográficos. También puede ser responsable de un síndrome anticolinérgico, disminuyendo el vaciado gástrico y favoreciendo la formación de conglomerados (fármaco-bezoar). No disponemos de antídoto específico. El tratamiento es de soporte y descontaminación digestiva.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1692

IMPORTANCIA DE LA CELERIDAD Y DE VALORAR TODOS LOS DATOS EN POLIINTOXICADOS

I León Arévalo (1), T Aragón Aragón (2), L Carbajo Martín (3)

(1) HAR. Morón de la Frontera, (2) HAR. Écija, (3) HAR Utrera

Palabras clave: substance abuse detection, respiration, acidosis

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Paciente varón de 34 años, politoxicómano, que acude derivado por Servicios de cuidados críticos y urgencias al encontrarlo con bajo nivel de consciencia por consumo de benzodiazepinas, metadona y alcohol, con hipoxemia respondiendo a Naloxona y Flumazenilo. En Hospital se encuentra taquipneico (compatible con respiración de Kussmaul) e hipotenso. Se realiza analítica evidenciándose acidosis metabólica grave con pH 7.0, hiperpotasemia severa con cambios eléctricos e hiperlactacidemia asociado a disfunción renal aguda con creatinina de 2.85 y rabdomiolisis con CPK de 16307. Por este motivo se traslada a Hospital de referencia encontrándose hemodinámicamente estable al ingreso requiriendo ingreso en UCI, evolucionando favorablemente y paso a planta, siendo diagnosticado al alta como neuroapraxia, síndrome compartimental en pierna izda y fracaso renal agudo no oligúrico secundario a rabdomiolisis severa.

Conclusiones:

Ante un paciente inconsciente los posibles diagnósticos son muy variados, desde hipoglucemia hasta nuestro caso donde la respiración profunda y forzada del paciente nos hace sospechar una acidosis metabólica confirmada posteriormente analíticamente. La rápida actuación tanto en el tratamiento inicial, en ambos traslados como en el ingreso en la unidad de cuidados intensivos previa comunicación telefónica con el responsable de guardia, facilitó la recuperación correcta del paciente.

P-1693

HEMOPERICARDIO ESPONTÁNEO POR SOBREDOSIFICACIÓN DE ACENOCUMAROL

JM Camero Macías, M Zamora Sierra, IM Esteve Ruiz, J Toral Marín, E Montero Romero

HH UU Virgen del Rocío. Sevilla

Palabras clave: pericardial effusion, anticoagulants, drug overdose

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente mujer de 79 años hipertensa, con cuadro de malestar progresivo, de un mes de evolución a raíz del diagnóstico e inicio de tratamiento de fibrilación auricular (beta-bloqueantes y antagonista de la warfarina). Consulta por disnea a mínimos esfuerzos de horas de evolución, palidez cutánea, astenia y dolor dorsal. Se objetiva inestabilidad hemodinámica y taquicardia sinusal, por lo que se ingresa en el área de Observación. La Rx de tórax muestra ensanchamiento mediastínico, y en el TAC se objetiva un derrame pericárdico severo. En la analítica destaca INR por encima de 8. Ante la sospecha de taponamiento cardíaco, se solicita ecocardiografía urgente, que demuestra derrame pericárdico circunferencial severo, colapso de cavidades derechas y swinging heart. Se administró complejo protrombínico, normalizando el INR hasta 1.3 y posteriormente se realizó pericardiocentesis evacuadora, con mejoría franca de la clínica. Se trasladó a la Unidad de cuidados intermedios de Cardiología para estudio, siendo dada de alta una semana después, con diagnóstico de derrame pericárdico severo por sobredosificación de antagonista de la warfarina, con cambio de acenocumarol por apixaban 2.5 mg cada 12 horas.

Conclusiones:

El taponamiento cardíaco es una urgencia vital, por lo que hay que sospecharlo y tratarlo precozmente. Su diagnóstico se hace inicialmente por sospecha clínica, a partir de un deterioro hemodinámico y en presencia de un derrame pericárdico moderado-severo, que se puede detectar con pruebas complementarias como la radiografía de tórax, TAC y ecocardiografía. Su etiología es muy variada y, como causa poco frecuente, se encuentra el hemopericardio por anticoagulantes. Por ello, ante paciente anticoagulado con clínica sugestiva, aunque inespecífica (disnea, astenia, taquicardia, trabajo respiratorio, oliguria/anuria, hipotensión, e incluso síncope) y radiografía de tórax con cardiomegalia importante, habría que tener presente este diagnóstico. En este caso particular, el mal control del INR de la paciente lo favoreció, por lo que se decidió tratar al alta con un NACO (apixaban) a bajas dosis.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1694

INTOXICACIÓN POR METADONA ¿SÓLO?

P Blanco Lapeña (1), U Blanco Fuentes (2), V Álvarez Fernández (1), C Fernández Barreras (1), S García Santisteban (1)

(1) Hospital Universitario de Álava, (2) Emergentziak Osakidetza. Vitoria-Gasteiz

Palabras clave: toxicology, opioids, intoxication

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Antecedentes Personales: Ex-ADVP, consumo actual cannabis y tabaco. Metadona diaria prescrita por centro de tratamiento de adicciones. VIH, VHC. Cirrosis. Tratamiento: Atripla, Ketazolam, Trankimazin, Metadona. Enfermedad Actual: Varón de 49 años trasladado en UVI móvil por inconsciencia. A su llegada, no respondía a estímulos doloroso, pupilas mióticas, hipoventilación, SatO₂ 80%. Con Naloxona, recuperación conciencia completa y SatO₂ sin periodo post-crítico. El paciente refiere que se encontraba echando la siesta. No viene con testigos. Cree no haber convulsionado, no ha habido relajación de esfínteres, ni vómitos. Comenta que el día previo se le retiró escayola de EII por fractura tibial. Niega fiebre, dolor torácico, disnea, cefalea, mareo o focalidad neurológica. Niega haber tomado más metadona de la habitual y niega consumo de otras sustancias excepto cannabis. Exploración Física: Normocoloreado e hidratado, eupneico. Temperatura 38.8°C, TA y FC normal, SatO₂ 87-93% (fluctuante), Glucemia 88. ACP: rítmica sin soplos. MVC, crepitación en campo derecho. Abdomen anodino. EEII sin edemas, pulsos simétricos. 2 heridas pretibiales sin infección. No signos de TVP. Neurológicamente, consciente y orientado, Glasgow 15, bradipsíquico, lenguaje coherente, pupilas mióticas reactivas. Resto normal. Pruebas Complementarias: ECG: sinusal, normal. Gasometría arterial: pH 7.39, pCO₂ 51, pO₂ 46, Bicarbonato 30.9, SatO₂ 81.2%. Sangre: Iones, creatinina normales. PCR 36. Hemograma normal. Leucocitos 6400, neutrófilos 73%, linfocitos 900. Coagulación normal, DímeroD 1960. Orina anodina. Tóxicos en orina: positivo benzodiazepinas, metadona, cannabinoides. Rx tórax sin condensaciones, neumotórax o derrames. Evolución: En urgencias, vuelve a presentar bajo nivel de conciencia, Glasgow 11 (O2V4M5), SatO₂ 82%, pupilas mióticas. Administramos Naloxona con recuperación completa. Pautamos bomba naloxona, Augmentine, heparina. Juicio Clínico: Intoxicación por Metadona. Diagnóstico Diferencial: TEP, neumonía por broncoaspiración.

Conclusiones:

Aunque el diagnóstico más probable es intoxicación por metadona, dados los antecedentes, clínica y exploración, es necesario hacer diagnóstico diferencial puesto que en dicho diagnóstico no encajaría la fiebre posiblemente secundaria a neumonía por broncoaspiración en contexto de inconsciencia. Además, el paciente refería inmovilización, siendo posible, aunque improbable, el TEP (Escala Wells 1.5, riesgo bajo) que explicaría hipoventilación, desaturación y pérdida de conocimiento pero no pupilas mióticas o la espectacular respuesta a naloxona. Así pues, recordar que, aunque el diagnóstico sea obvio, es importante realizar siempre un diagnóstico diferencial para no dejarnos posibles diagnósticos concomitantes.

P-1695

CRISIS CONVULSIVA SECUNDARIA A INTOXICACIÓN POR PIRETROIDES

C Sáiz Pérez, P Corro Madrazo, L Alonso Vega, X Píris García, N Martín Ramos

Hospital Comarcal de Laredo. Cantabria

Palabras clave: convulsión, piretroides, intoxicación

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 14 años de edad que llega al servicio de urgencias en SVA desde el SUAP por crisis convulsiva tónico-clónica generalizada de duración indeterminada presenciada por su padre. La paciente previamente había rociado su habitación con un envase casi completo de un insecticida doméstico que contenía, entre otros, Tetrametrina 0,20%, Permetrina 0,05% y d-Fenotrin 0,05% (Todos ellos Piretroides). Durante el transporte, nuevo episodio que cedió con Diazepam rectal. A su llegada al servicio se encuentra estupefusa, mordedura lingual. Tras estimulación, movilización activa de extremidades y recuperación progresiva del nivel de conciencia hasta la normalidad. Presentaba taquicardia sinusal en el ECG y saturación de oxígeno por pulsioximetría 93% con el resto de constantes dentro de la normalidad. Pruebas complementarias: En la analítica presenta leucocitosis (28.4X1000/mm³ (37% PMV), Lactato elevado (65mg/dl), CK 258U/L. En gasometría arterial basal, Acidosis Metabólica (pH: 6.94, pCO₂: 50mmHg, HCO₃⁻: 10.7mmol/l, pO₂: 90mmHg, Sat O₂: 89%). Resto de parámetros dentro de la normalidad. Tras tratamiento de soporte con oxigenoterapia y Bicarbonato 1M (230cc) normaliza gasometría. Tras 24h de observación, la paciente se mantiene clínicamente estable con exploración neurológica sin alteraciones. Analítica y GSA dentro de la normalidad. Lactato: 6,0mg/dl. CK: 1229 U/L. Fue dada de alta a su domicilio.

Conclusiones:

Este tipo de insecticidas son considerados poco tóxicos. A pesar de ello puede aparecer una intoxicación severa produciéndose convulsiones y alteraciones en el nivel de conciencia, siendo más susceptible la población pediátrica. Los signos y síntomas tras la exposición aguda son reversibles en la mayoría de los casos respondiendo bien al tratamiento de soporte, ya que no existe un antídoto específico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1696

ESCOMBROIDOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

**I Díaz Vidal, Y Aranda García, M Sánchez Pérez,
M Najarro de La Parra**

Hospital Ramón y Cajal. Madrid

Palabras clave: escombroidosis, histamina, pescado

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 30 años que consulta por un cuadro de pocas horas de flushing facial, con prurito y disnea. Pocas horas antes había comido un bocadillo de atún en su casa. Examen físico TA 90/50. FC 100. FR 22. Enrojecimiento facial y en los hombros. Auscultación cardíaca normal. Pulmonar: sibilantes diseminados. Abdomen y neurológico normales. Se administraron antihistamínicos, esteroides y adrenalina, con mejoría. Estudiado en consultas de alergia, se descartaron la alergia a proteínas de pescado y al anisakis. Se diagnosticó de escombroidosis. Interrogado, reconoció que la lata de atún llevaba semanas abierta en la nevera.

Conclusiones:

La escombroidosis es una intoxicación por histamina que ocurre al comer pescados de la familia scombroidae (boquerones, atún, anchoas, pez espada y también, queso suizo) mal procesados o que no han conservado una adecuada cadena de frío. El sobrecrecimiento bacteriano que se produce transforma la histidina, rica en estas especies a histamina, produciendo síntomas después de su ingestión. El cuadro típico consiste en flushing facial aunque puede producirse un angioedema y shock distributivo. El tratamiento de elección son los antihistamínicos. Es un cuadro de distribución universal y ha de plantarse como diagnóstico diferencial en las sospechas de alergias al pescado o al anisakis. La adecuada conservación y el mantenimiento de la cadena de frío son las claves para evitarlo.

P-1697

INTOXICACIÓN POR TEJO. DESAFIANDO AL URGENCIÓLOGO DE GUARDIA

**J Amor Valero, E Oliveros Aceves, ML Peralta Ríos,
J Naveda Fernández, LM Martín Rodríguez, LF García Sifuentes,
M Ruiz RuiGómez**

Hospital Infanta Elena. Madrid

Palabras clave: envenenamiento, taxus baccata, terapéutica

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Enfermedad Actual: Acude a urgencias un varón de 26 años, por voluntad propia, que refiere haber consumido tres hojas de tejo masticadas hace aproximadamente 10 horas con fines autolíticos. No refiere disnea, palpitaciones ni dolor torácico. No ha presentado vómitos ni diarrea. Exploración Física: Tensión arterial 99/51 mm Hg, frecuencia cardíaca 55 latidos por minuto, temperatura 35,3 grados y saturación de oxígeno 96 %. Consciente, orientado, buen estado general, adecuada perfusión periférica, buena coloración de piel y mucosas, eupneico. Pulso carotídeo rítmico y simétrico. Auscultación cardiopulmonar con tonos cardíacos rítmicos sin soplos y murmullo vesicular conservado bilateral. Abdomen blando, depresible con dolor a la palpación en epigastrio y marco cólico, ruidos hidroaéreos presentes sin masas ni megalias ni signos de irritación peritoneal. Extremidades inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Pruebas complementarias: Gasometría venosa con pH 7,29 pCO2 51 pO2 32 Bicarbonato 24 y Lactato 19. Tóxicos en orina positivos para benzodiazepinas. Resto de bioquímica, hemograma, coagulación y analítica de orina sin alteraciones relevantes. Diagnóstico diferencial: El paciente presenta dolor abdominal y acidosis metabólica. Ante el antecedente referido de consumo de hojas de Tejo, la principal sospecha es que el cuadro sea secundario al propio consumo del tóxico. Otras posibilidades diagnósticas en el caso actual serían cuadros de origen dispeptico (gastritis aguda o meteorismo) o patología de vía biliar. Evolución: Se monitorizan las constantes y electrocardiograma continuo del paciente y se realiza lavado gástrico con sonda nasogástrica objetivándose restos de hojas. Se comienza tratamiento con sueroterapia, antieméticos, Inhibidores de la bomba de protones, manteniendo en observación al paciente durante las 16 horas siguientes sin aparición de eventos arrítmicos ni signos de mala evolución. A la mañana siguiente se comenta el caso con Psiquiatría (valoración de cuadro autolítico). Ante la evolución favorable se da de alta al paciente. Juicio clínico: Intento autolítico. Intoxicación aguda por Tejo.

Conclusiones:

La intoxicación por tejo en nuestro medio es poco frecuente. Es importante conocerla dados los efectos potencialmente graves y mortales que puede tener: sintomatología digestiva, hiperexcitabilidad, alucinaciones, arritmias, parada respiratoria y muerte.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1698

MIOPERICARDITIS MEDICAMENTOSA

R Castellanos Flórez, S Sánchez Ramón, JR Oliva Ramos, B Martín Pérez, N López Herrero, M Villacorta Martín, M Álvarez Rabanal
Servicio Urgencias. Hospital Río Hortega. Valladolid

Palabras clave: pericarditis aguda, dolor torácico, metilfenidato

Ámbito del caso:
Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 15 años en tratamiento con metilfenidato por trastorno de déficit de atención e hiperactividad desde los 11 años. Acude a urgencias por dolor torácico de 12 horas de evolución y disnea a medios esfuerzos. Afebril y ausencia de clínica infecciosa previa. Hemodinámicamente estable. Exploración cardiopulmonar: murmullo vesicular conservado, ausencia de soplos cardiacos, no ingurgitación yugular, pulsos periféricos presentes y simétricos. ECG: Ritmo sinusal, supraelevación del segmento ST anterolateral. En urgencias ante la sospecha de pericarditis se inicia tratamiento antiinflamatorio con mejoría del dolor. Analítica sanguínea: Pico de troponina-t de 23 ng/ml y CPK de 1615 U/l, linfocitos y resto de parámetros de hemograma y bioquímica normales. Ecocardiograma: cámaras cardiacas normales, ausencia de derrames pericárdico, fracción de eyección 64%. Ingreso en Unidad de cuidados intensivos. RNM: áreas parcheadas de edema en segmentos mediolateral y lateroapical en relación con miopericarditis, función ventrículo izquierdo normal. Evolución favorable en 7 días.

Conclusiones:

La miopericarditis es una inflamación del miocardio. Es una miocardiopatía adquirida producida por una amplia variedad de agentes desde infecciosos, sobre todo víricos, hasta drogas. La manifestación clínica fundamental es el dolor torácico que se instaura de forma relativamente rápida. El signo característico y patognomónico de la pericarditis aguda es el roce pericárdico. El ECG está alterado en un 80% de los casos observándose a las pocas horas de inicio de los síntomas, una elevación cóncava del segmento ST. El daño miocárdico expresado por el aumento de las troponinas cardiacas en sangre, es común en las pericarditis agudas. El metilfenidato es un estimulante del sistema nervioso central, derivado directo de la anfetamina. Su comportamiento es el de un simpaticomimético de acción indirecta por lo que incrementa la actividad motora, el alerta mental y disminuye la sensación de fatiga. Por su efecto periférico puede producir vasoconstricción (con o sin aumento de frecuencia cardíaca), arritmias cardíacas y alteraciones del miopericardio. Es Utilizado en el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad infanto-juvenil, y en el tratamiento de la narcolepsia.

P-1699

OLEOMAS BILATERALES RECUERDO DE LA INFANCIA

LN Fadrique Millán (1), C del Pozo Vegas (2), P Royuela Ruiz (1), G Fernández Bayón (2), M Celorrio San Miguel (2), S de Francisco Andrés (2), JV Esteban Velasco (2)

(1) Hospital Universitario Río Hortega, (2) Hospital Clínico Universitario Valladolid

Palabras clave: granulomas, radiología, urgencias

Ámbito del caso:
Ambos

Historia clínica:

Paciente mujer de 86 años que consulta derivada desde Atención Primaria por dolor lumbar y presencia de imágenes calcificadas en estudio radiológico. Según la sospecha del médico que la derivó, podría tratarse de una neoformación bilateral calcificada dependiente de pelvis. Rehistoriando a la paciente refiere dolor lumbar de meses de evolución en relación a esfuerzos que en las últimas semanas no ha mejorado con analgésicos habituales. Refiere trabajar cargando pesos y en posturas forzadas. La exploración de la columna y región lumbares no reveló hallazgo alguno salvo una leve limitación de la flexoextensión por dolor. En la exploración del ciático a nivel de ambos glúteos destacan nódulos subcutáneos de consistencia dura no dolorosos a la palpación. Se valoró la prueba de imagen donde se objetivó una degeneración artrósica de los cuerpos vertebrales lumbares sin aplastamientos. También se observaron signos degenerativos en ambas caderas. A nivel de ambas palas ilíacas se aprecian agrupadas múltiples imágenes ovoideas calcificadas que van de los 1.5 a los 4 cm. de diámetro mayor. Reinterrogando a la paciente sobre inyecciones intramusculares, refiere que le pautaron más de 60 inyecciones de penicilina en postguerra por amigdalitis de repetición.

Conclusiones:

Las calcificaciones redondeadas superpuestas en ambas palas ilíacas corresponden a oleomas glúteos. Estos granulomas se deben a inyecciones intramusculares de medicamentos que no se absorben bien y acaban calcificando. El nombre de oleomas viene de la suspensión rica en grasa con la que se diluían diferentes fármacos intramusculares. Clínicamente la mayoría de los granulomas de cuerpo extraño se manifiestan como pápulas eritematosas, marrónáceas o purpúricas, o bien en forma de nódulos o placas, aunque en ocasiones no provocan ninguna alteración superficial. Estas lesiones suelen evolucionar hacia la fibrosis y depósitos de calcio que se aprecian en la radiografía. La técnica clásica de la inyección intramuscular recomienda la inyección en el cuadrante glúteo supero externo para evitar puncionar el nervio ciático. Este procedimiento realizado en numerosas ocasiones llevó a nuestra paciente a presentar las imágenes descritas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1700

CEGUERA TÓXICA POR METANOL

I Fernández Vidaurreta (1), I Labajo Montero (2)

(1) Hospital de Torrejón, (2) Hospital La Paz. Madrid-Madrid

Palabras Clave: ceguera, tóxico, metanol

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN. Se presenta una causa poco frecuente en la práctica clínica habitual, de pérdida de visión aguda, por causa tóxico-metabólica. **OBJETIVO.** En la intoxicación por Metanol, las manifestaciones clínicas aparecen característicamente entre las 12 y 72 horas posteriores a su ingesta. Cefalea, vómitos, dolor abdominal, diaforesis, agitación y lesión ocular, pudiendo llegar a producir una ceguera irreversible. En intoxicaciones más graves, se desarrolla una acidosis metabólica severa, con deterioro neurológico progresivo hasta la aparición de rigidez muscular, convulsiones o COMA. En la mayoría de las ocasiones, el diagnóstico es complejo, y se precisa una sospecha clínica que lo oriente. **PACIENTE** Paciente de 49 años, de origen rumano, que vive en un albergue. Alcoholismo crónico, fumador de 10 cigarrillos/día, niega otros hábitos tóxicos. Sin patologías crónicas de interés, ni tratamiento farmacológico habitual. Acude a Urgencias por pérdida progresiva de agudeza visual en los 4 días previos, en ambos ojos, de predominio derecho, sin dolor ocular ni cefalea. No refiere otros síntomas. El paciente había permanecido ingresado en el hospital hasta una semana antes de acudir a Urgencias, por cuadro de intoxicación grave por Metanol. Niega consumo de tóxicos desde que abandonó el hospital. Exploración: consciente, orientado. Pupilas midriáticas, derecha arreactiva e izquierda hiporreactiva. Ojo derecho: distingue luz y movimiento a menos de 1 metro, no cuenta dedos. Ojo izquierdo: cuenta dedos a 1 metro, ve luz y movimientos hasta 2m. Campimetría por confrontación normal. Resto sin hallazgos de interés. **RESULTADOS.** Analítica: dentro de límites normales. Niveles de etanol en sangre y tóxicos en orina negativos. No disponible niveles de metanol en la Urgencia. Fondo de Ojo: sin hallazgos patológicos. PIO 14/15. TAC craneal: Atrofia cortico-subcortical y tenues hipodensidades bilaterales en cápsula externa, sugerentes de enfermedad de pequeño vaso. Con el diagnóstico de Neuropatía óptica bilateral de posible etiología tóxico-metabólica, se procedió a ingreso en planta, donde fue valorado por Neurología y Oftalmología. Se inició tratamiento empírico con Metilprednisolona, con estabilidad clínica posterior, aunque sin mejoría significativa en el déficit visual.

Conclusiones:

Las alteraciones visuales son un síntoma característico de la intoxicación por metanol, aunque es inusual que éstas se manifiesten semanas después del contacto con el tóxico.

P-1701

SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ: UNA URGENCIA NEUROLÓGICA

M Gil Mosquera (1), R Gómez Guerra (2)

(1) Hospital 12 de Octubre, (2) Hospital Infanta Leonor. Madrid

Palabras Clave: Guillain Barré syndrome, neuropathy, diarrhea

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 68 años acude al SU refiriendo parestesias en ambas extremidades y de forma bilateral que han ido progresando en las últimas doce horas, acompañado de pérdida de fuerza en forma ascendente, sin disnea ni aparición de otra sintomatología de interés. Reinterrogado el paciente comenta que hace una semana presentó gastroenteritis aguda acompañado de fiebre de hasta 38'5 grados que mejoró progresivamente sin ser valorado por su MAP. En la exploración destaca tetraparesia arrefléxica con mayor afectación distal hasta rodilla y codos sin afectación respiratoria. Resto de exploración anodina. Ante la alta sospecha de Síndrome de Guillain Barre se interconsulta con neurología y medicina intensiva dada la rápida evolución del cuadro, que apoyan el diagnóstico de sospecha. Comenzando con la administración de inmunoglobulinas humanas intravenosas en altas dosis y posterior mejoría del paciente sin precisar ingreso en UCI.

Conclusiones:

El síndrome de Guillain Barre supone la neuropatía periférica aguda más frecuente en nuestro medio. Por ello, la rapidez de instauración y la gravedad del cuadro debe ser identificado inmediatamente. Se presenta como tetraparesia arrefléxica, asociada frecuentemente a parestesias en las extremidades. Su incidencia varía entre 1 y 2 casos por 100.000 habitantes/año. En dos tercios de los casos de síndrome de Guillain-Barré se reconoce un desencadenante en las 4-6 semanas previas al comienzo del cuadro. El más frecuente es una infección de vías respiratorias con fiebre y un 10-20% refiere un episodio de gastroenteritis aguda, el más frecuente por C. jejuni. El diagnóstico es eminentemente clínico, apoyado en el examen del líquido cefalorraquídeo y en el estudio neurofisiológico. En el líquido cefalorraquídeo se detecta la típica disociación albuminocitológica (aumento de proteínas con celularidad normal) a partir de la primera semana. El tratamiento se basa en la administración de plasmaféresis o inmunoglobulinas humanas intravenosas en altas dosis.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1702

INTENTO DE AUTOLÍISIS POR QUETIAPINA

JJ Salgueiro Ruiz, A García Ruiz, MA Pérez Martínez, M Requena Saiz, R García Moya, MI Torrealba Rodríguez, E Giner Fernández

Hospital Francesc de Borja. Gandía, Valencia

Palabras Clave: neuroleptic malignant syndrome, antipsychotic agents, neurotoxicity syndromes

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 47 años con trastorno esquizoafectivo y ludopatía. En tratamiento con apiriprazol, ácido valproico, mianserina, clonazepam, quetiapina, asenapina y topiramato. Es traído a urgencias por ingesta de 2400mg de quetiapina con idea autolítica, de más de 6 horas de evolución. En la exploración física destaca TA 141/99mmHg, FC 120lpm, FR 20rpm, T° 38.5°C, Glasgow 10/15. Se encuentra somnoliento, estuporoso y con lenguaje incoherente. Se inician maniobras de soporte con oxigenoterapia, fluidoterapia, sondaje nasogástrico y monitorización hemodinámica. De forma súbita inicia crisis mioclónicas repetitivas, temblor generalizado, marcada sequedad mucocutánea, midriasis bilateral, alucinaciones visuales, rigidez en rueda dentada de MMSS y RCP flexor bilateral. Se evidencia RS a 120 lpm, con Qtc 0,40 Sg, En la analítica destaca CPK 6790 U/L, PCR 263,18 mg/L, Procalcitonina dentro de la normalidad, Lactato 2.4 mmol/L. Rx tórax: atelectasia vs condensación en lóbulo superior izquierdo. TAC CRANEAL: normal. Ante la intoxicación por quetiapina, aparecen síntomas antimuscarínicos secundarios, administrando tratamiento con neostigmina, con posterior mejoría sintomática. Siendo diagnosticado el cuadro de síndrome neuroléptico maligno.

Conclusiones:

Las intoxicaciones por drogas tienen gran importancia en nuestra práctica clínica diaria, tanto que se han incluido como novedad en las últimas recomendaciones de la ILCOR 2015. Hasta el momento hay pocos casos de sobredosis de quetiapina publicados, y por su seguridad farmacológica es un fármaco cada vez más utilizado. Los antipsicóticos atípicos (AA), como la quetiapina, son antagonistas de receptores dopaminérgicos y serotoninérgicos. Presentan mejor perfil de efectos adversos que los antipsicóticos tradicionales. Su toxicidad se manifiesta como pérdida de conciencia, síntomas anticolinérgicos, hipotensión, convulsiones, prolongación de Qtc, arritmias, como Torsades de Pointes (dosis no dependiente). Habitualmente los síntomas son dependientes de bloqueo alfa-receptores e histamínicos con una evolución corta de 18-20 horas. Se ha visto que la administración de emulsión lipídica consigue corregir los efectos hemodinámicos. No está claro que la quetiapina, por si sola sea capaz de provocar un Síndrome neuroléptico Maligno. Hasta el momento solo hay un caso descrito y no se ha publicado una clínica antimuscarínica tan llamativa.

P-1703

INTOXICACIÓN AGUDA POR LITIO

S Suárez Piñera, B Pérez Deago, O Rodríguez Maroto, A Arce

Hospital de Cabueñes. Gijón, Asturias

Palabras Clave: litio, intento de suicidio, diálisis renal

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 55 años diagnosticada de HTA y trastorno bipolar severo de 21 años de evolución que condicionó diversos ingresos a cargo de psiquiatría. Tratamiento actual: litio e hidroclorotiazida/telmisartan. Acude a urgencias tras ingerir 50 comprimidos de litio 13 horas antes con ideación autolítica. A su llegada no presenta síntomas digestivos ni neurológicos, salvo ligero temblor distal. Mantiene un discurso coherente con alusiones continuas a la muerte. Analítica: Litio 7.2 Creatinina 1.17 Na 136 K 3.6 Alcohol etílico 0.0 Al tratarse de una intoxicación aguda severa la paciente es valorada por nefrología decidiéndose realizar hemodialisis. Posteriormente pasa a box de observación con telemetría, fluidoterapia y furosemida para control analítico donde se objetiva litemia de 4,22 e hipopotasemia. Clínicamente refiere sensación de embotamiento, náuseas y persistencia del temblor. Se contacta con nefrología quien decide nueva sesión de hemodialisis. Tras esta, presenta litemia de 2,38 y persistencia de hipopotasemia. A pesar del descenso de la litemia se decide ingreso en UVI por la gravedad potencial de cuadro y el deterioro clínico. En analítica de ingreso en UVI se observa rebote de la litemia, 7,2 a pesar del cual se decide tratamiento con fluidoterapia y furosemida objetivándose un descenso progresivo de los niveles. Tras alta en UVI pasa a planta de medicina interna para posterior ingreso en psiquiatría.

Conclusiones:

La intoxicación aguda por litio no es frecuente, sin embargo en torno al 75% de los pacientes con tratamiento crónico han presentado niveles tóxicos en algún momento, por lo que se considera una situación potencialmente frecuente, motivo por el cual creemos es importante conocer su manejo. Los síntomas suelen aparecer entre las dos y cuatro horas postingesta. Posteriormente, los niveles de litio no reflejan la severidad del cuadro clínico, no obstante su monitorización es importante para determinar la actitud terapéutica y el pronóstico. Las características del litio, explican la falta de correlación entre las litemias y la sintomatología, así como el efecto rebote horas después del iniciar tratamiento. La diálisis es el tratamiento de elección frente a la diuresis forzada, no obstante en intoxicaciones graves la mejor opción terapéutica es la combinación de ambas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1705

INTOXICACIÓN POR CLORURO DE MAGNESIO

M Debán Fernández (1), P Rubianes Fernández (1),
ML Pérez Otero (1), DP Moro Quesada (2), A García Muñiz (1),
CM Fernández Iglesias (1), MB Álvarez Ramos (1)

(1) Hospital Universitario Central de Asturias, (2) Centro de Salud
Teatinos. Oviedo, Asturias

Palabras Clave: magnesium chloride, overdose drug, bradycardia

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Mujer de 52 años que tras tomar 3-4 cucharadas de un preparado de herbolario que contiene cloruro de magnesio, para estreñimiento pertinaz, comienza con cuadro de marcada debilidad muscular y dificultad respiratoria con letargia. A la llegada del SAMU, 90 minutos tras la ingesta, se encuentra con GSC 10, respiración superficial (FR 6), sat O₂ 70% y TA 136/108, en el ECG presenta alargamiento del PR y QRS ancho, pautando en ese momento tratamiento con gluconato de calcio, furosemida iv, oxigenoterapia y suero salino. A su llegada al servicio de urgencias persiste somnolencia y dificultad respiratoria junto con rachas de bradicardia a <30x' (precisando atropina), y acidosis metabólica, por lo que se decide ingreso en UCI donde se mantiene con medidas de soporte, sueroterapia, calcio y diuréticos, no precisando diálisis. Se consigue una mejoría progresiva del pH, y descenso de magnesio hasta niveles normales, habiéndose llegado a un pico máximo de 7 mmol/L, sin presentar trastornos de conducción y con episodios diarreicos como corresponde a la ingesta de cloruro de magnesio. Es trasladada al servicio de MI tras permanecer en UCI 36 horas, encontrándose asintomática, con analítica rigurosamente normal y ECG sin alteraciones a las 48 h de su ingreso recibiendo el alta hospitalaria posteriormente.

Conclusiones:

El cloruro de magnesio se vende en herbolarios como remedio natural para múltiples dolencias, entre ellas el estreñimiento. Haciendo una revisión existen pocos lugares donde se exponen los efectos secundarios producidos por un mal uso de este producto, comentando la diarrea o colitis como principal efecto secundario de su consumo excesivo. Debería de haber un control más estricto de este tipo de productos, sobre todo cuando la ingesta inadecuada puede producir efectos tan graves como en nuestro caso.

A-1706

INGESTA DE ORGANOFOSFORADOS, ¿URGENCIA O EMERGENCIA?

T Aragón Aragón (1), L Carbajo Martín (2), I León Arévalo (3)

(1) HAR Ecija, (2) HAR Utrera, (3) HAR Morón. Sevilla

Palabras Clave: organophosphorus compounds, hazardous substances, drinking

Historia clínica:

Varón de 67 años con antecedentes personales de alergia a nolotil y buscapina, hipertensión arterial, dislipemia, ex fumador, bebedor esporádico, con hipertrofia benigna de próstata Y SAOS con CE-PAP. Presentaba síndrome depresivo de años de evolución sin tratamiento por negativa del paciente. Tratamiento habitual: omeprazol 20mg/24h, etoricoxib 60mg /24h, ebastina 20mg/24h, AAS-100mg /24, duodart /24h, loratadina 10mg/24h, candesartan 16mg/12.5mg /24h, sinmvasatina 20mg/24h. Acude a nuestro servicio de urgencias desplazado por sus familiares por intento de autólisis con probable ingesta de organofosforados de 30 minutos de evolución. El paciente ingiere copa de vino blanco mezclada con polvos de alguna sustancia tóxica, probablemente organofosforados (refiere trabajar con sustancias tóxicas por lo que tiene acceso garantizado). El paciente en la anamnesis se niega a colaborar pero a través de la entrevista con sus familiares se confirma la ingesta. El paciente llega estable pero a los pocos minutos de su entrada a urgencias comienza con bajo nivel de conciencia, pupilas arreactivas y excusa respuesta objetivándose Glasgow de 5 por lo que se decide intubación orotraqueal y se inicia tratamiento con atropina iv además de lavado gástrico con carbón activado El paciente es derivando al hospital de referencia ingresando en UCI para tratamiento con pralodisima. Resultado de pruebas complementarias: Bioquímica se objetiva una subida de amilasa en sangre de 130-352-433. Colinesterasa 2890. PCR 95. Hemograma: leucocitosis 14600 con desviación izquierda. -EKG ritmo sinusal a 110 lpm, eje eléctrico normal, BIRDHH. -Aspirado bronquial: Streptococo agalactie sensible a penicilina -Radiografía de torax sin imagen de condensación En la UCI mejora favorablemente valorándolo psiquiatría que pauta tratamiento con venlafaxina cada 12 h y alprazolam 0.5 mg cada 8 h. Juicio clínico: Depresión mayor sin síntomas psicóticos.

Conclusiones:

La intoxicación por organofosforados es una importante causa de morbi- mortalidad en todo el mundo, pero principalmente en países en vías de desarrollo. Ocurre más frecuente en las zonas rurales, donde los hospitales y clínicas periféricas son las que en primera instancia atienden estos casos. Requiere el diagnóstico rápido y el tratamiento precoz. Es necesario un monitorización continua y un manejo oportuno de la vía respiratoria debido a que ésta es la principal causa de muerte en estos pacientes.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1708

DOCTOR, ¡ME HE TRAGADO MUCHAS PASTILLAS!

**A Córdoba Romero, B Antón González, L Cotillas García,
T Gómez González, S Casado de Andrés, E Melo Toledo**

Hospital Río Hortega. Valladolid

Palabras Clave: toxicology, benzodiazepine, insomnia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 32 años, con intolerancia a AINEs por Enfermedad de Crohn y antecedentes de depresión y ansiedad. En tratamiento farmacológico con paroxetina 20 mg (0-0-1) y pentasa. Acude por referir ingesta 16 horas previa a acudir a Urgencias de 60 comprimidos de Bromazepam por imposibilidad para dormir, quería dormirme y despertarme en 2 días. Hoy llama al 112 por imposibilidad para sostenerse en bipedestación. Niega ideación autolítica así como consumo de otros tóxicos. Exploración física: paciente COC. Bradipsíquico. Glasgow 14-15. Exploración sin alteraciones. Pruebas complementarias: analítica con hemograma sin alteraciones, GPT 186, GOT 81, GGT 69, tóxicos en orina positivos para BZD. EKG: ritmo sinusal sin alteraciones en la repolarización. Se solicita Interconsulta a Psiquiatría donde se valora como rasgos de personalidad Cluester B, insomnio mixto, sin ideación autolítica actual y con capacidad de juicio y realidad conservada, siendo dado de alta con diagnóstico de sobreingesta medicamentosa y sin ideación autolítica. El paciente acudió en dos ocasiones más por el mismo motivo a Urgencias en días sucesivos, siendo finalmente ingresado para observar la psicopatología presente y reajustar tratamiento para insomnio.

Conclusiones:

Ante un paciente que acude a Urgencias con sospecha de intoxicación por benzodiazepinas requiere permanecer en área de observación. Si tras 6 horas el paciente puede deambular normalmente puede ser dado de alta, valorando dosis ingerida, tiempo transcurrido y presencia de otros fármacos. El tratamiento inicial consiste en administrar Carbón activado en la primera hora y administración del antídoto (flumazenilo) en dosis inicial de 0.3 mg en bolo intravenoso, pudiendo repetirse hasta máximo de 3 mg. En este paciente, al haber transcurrido 16 horas tras la ingesta, no era necesario las medidas previamente indicadas, pero sí era fundamental hacer una valoración de ideación autolítica tras acudir días sucesivos por mismo motivo. Debemos seguir unos pasos que incluyen la identificación de factores de riesgo, evaluación del riesgo actual y del riesgo de suicidio que incluye trastornos psiquiátricos/psicológicos, intentos previos e ideación suicida. Por tanto, dada la relación estrecha entre el suicidio con los problemas psicológicos y depresión, es recomendado ante la mínima duda de ideación el ingreso para valoración, aunque el paciente niegue esta ideación.

A-1709

INTOXICACIÓN MASIVA DIGITÁLICA CON FINES AUTOLÍTICOS

MI Correa Rosales, J Pacheco Sanjuan, D Molina Galbraith

Hospital Regional Universitario de Málaga

Palabras Clave: intoxicación, digoxina, autolisis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer 57 años antecedentes de trastorno depresivo recurrente desde los 32 años en tratamiento con amitriptilina y bromazepam con 4 intentos autolíticos previos, que la paciente niega. Vive con su hija, en proceso de separación, agravándose su estado depresivo. Acude a nuestra urgencia, trasladada en ambulancia medicalizada, debido a ingesta masiva de 225 comprimidos de digoxina (56 mg) con fines autolíticos 1 hora previa. Náuseosa, normotensa, ritmo sinusal 75 lpm, consciente, colaboradora no reconociendo la ingesta (su hija lo confirma). En analítica, elevados niveles de digoxinemia (rango habitual 0.8-1.9 ng/ml, presentaba >5 ng/ml, no pudiendo precisarse digoxinemia exacta por problemas técnicos). Procedemos a lavado gástrico con extracción de abundantes comprimidos y administración posterior de carbón activado. Inmediatamente solicitamos a farmacia anticuerpos antidigoxina y administramos 9 viales de 40 mg (cada vial neutraliza 0,59 mg de digoxina), el número de viales es igual a digoxinemia x peso /100. Si se desconoce la cantidad ingerida o la digoxinemia, se administran 10 viales en adultos, 5 en niños. Hemograma y bioquímica así como Radiografía Tórax sin hallazgos. Durante el ingreso presentó rachas de taquicardia ventricular no sostenida autolimitadas con ritmo de base en bloqueo sinoatrial 1º con PR > 260 mseg, ocasionalmente bradicardia sinusal a 35-lpm y marcada cubeta digitálica. Se ingresó a las 72 horas en cardiología en ritmo sinusal a 55-lpm PR < 200mseg siendo valorada y tratada por Psiquiatría.

Conclusiones:

La intoxicación digitálica asociada a tratamiento crónico, es motivo recurrente de consulta en urgencias, agravándose si se asocia a insuficiencia renal o hiperpotasemia. La intoxicación aguda es excepcional, asociada a una elevada mortalidad, debido a la variabilidad de trastornos del ritmo que producen. Las bradiarritmias se tratan con atropina y las arritmias ventriculares con fenitoína o lidocaína. Las situaciones de riesgo vital requieren uso de anticuerpos antidigital (AcAD) y aunque solo hay siete estudios de series de casos habiendo una baja evidencia científica, muchos autores consideran que los AcAD son un tratamiento de primera línea en la intoxicación grave por digitálicos. Se recomienda la disponibilidad de AcAD en hospitales de referencia.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1711

ANCIANO CON PRURITO Y LESIONES CUTÁNEAS TRAS LA TOMA DE ANTIBIÓTICO

M Nogués Herrero, E Moriel Santaella, MJ Morales Acedo, RG Mesa Ramos, M Zaheri Beryanaki

Unidad Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Comarcal de Antequera. Málaga

Palabras Clave: drug, induced, bullous pemphigoid, ciprofloxacin

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 80 años, pluripatológico, que consulta por cuadro subagudo de un mes de evolución que comenzó tras toma de ciprofloxacino por ITU, a las 48 horas de iniciar tratamiento. Presenta lesiones eritematosas pruriginosas generalizadas que han ido progresivamente en aumento. No fiebre ni otros síntomas sistémicos. Consultó con dermatólogo privado que prescribe tratamiento tópico, sin mejoría y con progresión del cuadro por lo que acude a urgencias. A la exploración presenta buen estado general, ACP sin hallazgos, abdomen anodino. Piel con lesiones en toda la geografía, afectando mucosa oral pero respeta palma-plantas, en distintos estadios morfológicos (eritema, máculas, ampollas de contenido serohemático, algunas de ellas necróticas). Pruebas complementarias: analítica de sangre leucocitosis ($12,10 \times 10^9/L$), 60% neutrófilos, coagulación y bioquímica normales. RX tórax sin hallazgos. El paciente es valorado por ORL, describiendo las lesiones de mucosa oral y nasofaríngea compatibles con penfigoide. Evolución y tratamiento: debido a la sospecha diagnóstica el paciente es ingresado en planta de medicina interna con tratamiento esteroideo. Durante su ingreso se confirma por biopsia el diagnóstico de penfigoide. Tras buena respuesta progresiva y buena evolución de lesiones, el paciente es dado de alta. Diagnóstico final: penfigoide en relación a reacción 2° a Ciprofloxacino con afectación mucosa orofaríngea.

Conclusiones:

El penfigoide ampolloso es una enfermedad infrecuente de curso benigno que aparece en personas de edad avanzada y que se caracteriza por la presencia de ampollas subepidérmicas. Su etiología no se conoce totalmente, pudiendo desencadenarse ocasionalmente por la exposición a ciertos fármacos, como ciprofloxacino. Ante cualquier enfermedad de la piel en un paciente en tratamiento farmacológico siempre debemos pensar en una posible relación, como este caso. La clara correlación temporal entre el inicio del consumo del medicamento y la aparición de las lesiones así como su desaparición tras cese del fármaco, permiten suponer que el cuadro representa una reacción al mismo. Tenemos que considerar el aumento de prevalencia de estas toxicodermias, provocadas mayormente por el aumento del arsenal terapéutico y el envejecimiento de la población, por lo que deberemos de pensar en ellas en ancianos que presenten lesiones cutáneas y hayan comenzado la toma de algún nuevo tratamiento.

A-1712

¿BROTE PSICÓTICO EN TRASTORNO BIPOLAR O ALGO MÁS?

S Rodríguez Priego, C Aparicio Borrego, D Ferrer Serrano, E Puga Montalvo, C Soria García

SCCU Complejo Hospitalario de Granada

Palabras Clave: lithium, hypercalcemia, bipolar disorder

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: Paciente traída por su familia por sospecha de descompensación de su trastorno bipolar. Desde hace 2 meses presenta alteraciones del comportamiento, en los últimos cinco días asocia desorientación, conductas bizarras (mece a muñecas dice que son sus bebés), manía persecutoria, bradipsiquia, temblor distal, anorexia y escasa ingesta hídrica. Dudas en el cumplimiento terapéutico. En área de urgencias tras realización de analítica, valoración por Psiquiatría y TAC craneal se diagnostica de intoxicación leve por litio, hipercalcemia crónica reagudizada y sospecha de tirotoxicosis. La paciente ingresa a cargo de Endocrinología para continuar tratamiento y estudio. **OBJETIVO:** Valoración global del paciente psiquiátrico y diagnóstico adecuado de descompensación neurológica. **PACIENTE Y MÉTODO:** Mujer de 60 años con antecedentes de hipertensión, fumadora, trastorno bipolar e hipotiroidismo. En Urgencias la sospecha diagnóstica es un brote psicótico, pero revisando sus últimas analíticas vemos niveles de litio y calcio en límite superior. Se realizan pruebas complementarias y vemos una intoxicación leve por Litio (Li: 1,99) e hipercalcemia moderada (calcio corregido: 12,4), agudizado por la deshidratación y la supresión de ingesta y se sospecha tirotoxicosis, solicitando niveles de TSH. La clínica de la intoxicación por litio y la hipercalcemia se solapan apareciendo síntomas neurológicos (alteraciones en la conciencia, síntomas cerebelosos, fatiga, apatía, obnubilación...), gastrointestinales (anorexia, náuseas, vómitos y diarrea), cardiovasculares y renales (poliuria, insuficiencia renal) entre otros. El tratamiento va desde medidas de soporte con hidratación intensa para mantener diuresis hasta ingreso en UCI y hemodiálisis si la situación lo requiere. Se trató con hidratación intensa en urgencias y durante su ingreso, con calcitonina. Con la disminución de los niveles de litio y de calcemia mejoran las alteraciones conductuales, se diagnostica de adenoma paratiroideo y se programa para paratiroidectomía. **RESULTADOS:** Intoxicación por litio por deshidratación y/o mal cumplimiento terapéutico e hipercalcemia crónica agudizada multifactorial (hidroclorotiazidas, litio, déficit de vitamina D).

Conclusiones:

Ante un paciente polimedicado, con trastornos endocrinológicos y psiquiátricos de base, debemos estar alerta y sospechar otras causas de descompensación mental aparte de la propia enfermedad, porque los trastornos hidroelectrolíticos y la intoxicación por fármacos son potencialmente mortales.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1713

INTOXICACIÓN POR LITIO, ENTIDAD A TENER EN CUENTA EN URGENCIAS

R Zapata Bautista, M Morales Navarrete, J González Bravo,
P Oliva Fernández, R Cotofana, C Gallardo Chaparro

Hospital Juan Ramon Jiménez. Huelva

Palabras Clave: lithium intoxication, emergency, bipolar

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 78 años sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos. Obesidad. Trastorno Bipolar en seguimiento por Psiquiatra privado. Dependiente para la mayoría de las actividades básicas, sedentaria, funciones superiores levemente deterioradas. Tratamiento: litio 600mg/24h, quetiapina 300mg/12 h, escitalopram 10mg/12h, lormetazepam 2mg/24 h. Anamnesis: Desde hace 10 días presenta tos con expectoración purulenta, sensación febril y disnea realizando dos ciclos de antibioterapia (amoxicilina-clavulánico y azitromicina), sin mejoría. Acude a urgencias por mayor disnea, y ligera somnolencia. No cambio de tratamiento psiquiátrico. Exploración: Mal estado general. Consciente con tendencia al sueño, confusa. Mala perfusión periférica (retardo del relleno capilar). Disnea con tiraje abdominal. TA: 189/65. Saturación O₂: 81% con alto flujo. Afebril. FC: 100 lpm. ACP tonos rítmicos, sin soplos con roncus generalizados y crepitantes dispersos. Resto anodino. Pruebas complementarias iniciales: Analítica normal salvo PCR 12 y coagulación (TP 1,7, TTPa 1,46). Gasometría venosa: pH 7.30, pCO₂ 90, HCO₃ 44.3. Sistemático de orina y antigenuria para legionella y neumococo negativos. Tóxicos en orina positivo para benzodiazepinas. Rx anteroposterior Tórax: infiltrado parahiliar bilateral sin ocupación de senos costofrénicos. ECG normal. Evolución: Se comienza con BiPAP (IPAP 13/PEEP 6, FiO₂: 0.5), tras 2 horas mejoría clínica y gasométrica (pH 7.34, PaCO₂ 80) manteniéndose y, finalmente sustituyéndose por Ventimask 35%. Se solicita bioquímica con litemia, con rango de intoxicación moderada (2.73 mmol/L). Se reexplora observándose rigidez en rueda dentada y temblores gruesos en manos. Se aumenta sueroterapia para forzar diuresis con buena respuesta. Interconsulta a Nefrología por si se requiriese diálisis. Buena evolución desapareciendo los temblores con disminución de litemia e ingresándose en Medicina Interna con diagnóstico de intoxicación moderada por litio e infección respiratoria de vías bajas.

Conclusiones:

La intoxicación por litio no es una entidad rara debido a su estrecho margen terapéutico, que al tener una excreción renal exclusiva, la alteración de la función renal o disminución del volumen intravascular efectivo varía su concentración sérica terapéutica. Creemos necesario la valoración de la litemia a la hora del diagnóstico en pacientes psiquiátricos.

A-1714

LOS PELIGROS DE LA HUERTA

MN López Laguna (1), C Ibero Esparza (2), E Regidor Sanz (3),
O Oger (3), L Sánchez Íñigo (3), MA Insausti Lorduy (3),
A Hernández Hernández (4)

(1) Urgencias. HGO, (2) Urgencias. HGO, (3) UCI. CHN, (4) Cardiología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona

Palabras Clave: organofosforados, intoxicación, dolor abdominal

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 67 años, que acude a Urgencias con cuadro de sudoración intensa, náuseas, vómitos, y dolor abdominal de carácter cólico. EF: Anodina. Abdomen blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal AS: transaminasas elevadas Tras anamnesis, nos informa que trabaja en una fábrica, y en su tiempo libre se dedica a cultivar una pequeña huerta familiar, y esa tarde había estado fumigando. Como dato clínico de interés, reconoce beber al día unos dos vasos de vino con las comidas. Indagamos sobre el tipo de sustancia que ha utilizado para la fumigación (Clorprofan 1%). Contactamos con S^oNacional de Toxicología que comentan como efecto secundario a la intoxicación, sintomatología intestinal e inhalatoria. Advierten posibilidad de efecto Disulfiram. Juicio clínico: intoxicación por organofosforados.

Conclusiones:

Las intoxicaciones por organofosforados pueden generar tres cuadros clínicos: la intoxicación aguda, el síndrome intermedio y una neurotoxicidad tardía. El cuadro de intoxicación aguda, genera un conjunto de signos y síntomas denominados síndrome colinérgico, el cual, se presenta por la excesiva estimulación de los receptores de acetilcolina, y se caracteriza principalmente por cambios en el estado de conciencia, debilidad muscular y excesiva actividad secretora. La aparición de este cuadro varía entre pocos minutos hasta doce horas tras el contacto con el tóxico, dependiendo de la edad, la cantidad ingerida y la toxicidad intrínseca del organofosforado. El síndrome Intermedio aparece 24-48 horas después de la exposición, pero antes que la neuropatía retardada, se caracteriza por debilidad de los músculos proximales de las extremidades, flexores del cuello, lengua, faringe y músculos respiratorios, con compromiso de la función respiratoria, disminución o ausencia de los reflejos miotendinosos y compromiso de los pares craneales. Se ha encontrado evidencia sobre la asociación entre exposición crónica a organofosforados y la aparición de síntomas extrapiramidales y psiquiátricos, como psicosis, ansiedad, depresión, alucinaciones y agresividad. El tratamiento inicial debe enfocarse en asegurar la permeabilidad de la vía aérea y la adecuada función cardiovascular. Se debe realizar una descontaminación adecuada según la vía de entrada. El pronóstico depende del tipo de producto involucrado, la cantidad de plaguicida, la vía de absorción, la rapidez del diagnóstico y la instauración de las medidas terapéuticas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1715

SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO

**P Castillo Jiménez, M Rizo Hoyos, I Matas Sánchez,
J Martín Peñuela**

Hospital de Antequera. Málaga

Palabras Clave: neuroleptic, malignan, syndrome

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 81 años de edad con antecedentes patológicos de hipertiroidismo, demencia de tipo Alzheimer en seguimiento por neurología, cardiopatía isquémica, angor estable previo con ergometría positiva precoz, lesiones coronarias severas en CD y Cx con implante de stent en la misma. Estenosis amortice ligera degenerativa. HTA moderada, junto con anemia por déficit de vitamina B12. Dependiente para ABVD, vida cama-sillón. En febrero de 2015 último ingreso por síncope de repetición con diagnóstico de hipoperfusión cerebral secundaria a fármacos hipotensores y estenosis carótida. De forma intermitente, en el domicilio se le administra el antipsicótico a las dosis prescritas por persistencia de los episodios de agitación. Setenta y dos horas antes del ingreso la paciente muestra un cuadro de hipertermia de 40,5 °C, estupor, taquipneica y taquicárdica, hipertensión generalizada y mioclonías multifocales, el paciente es tratado con monoxidim, con lo que la fiebre comienza a ceder. La exploración física no revela datos de infección respiratoria, intestinal y/o neurológica. Es remitida al hospital de referencia bajo la sospecha de fiebre sin foco y cuadro de obnubilación. Se inicia tratamiento con medidas antipiréticas físicas, hidratación parenteral, antibioticoterapia de amplio espectro, oxigenoterapia y monitorización cardiovascular. En la analítica practicada destacan: creatinina, 1,77, GOT, 41, CPK 12522, Na, 147, gasometría venosa (pH, 7,6, pCO₂, 43,2, pO₂, 37,8, bicarbonato, 22,1, y sat. O₂, 14,1%). Leucocitos 14600 (87,40%), hb 13,20, plaquetas 310000. Análisis de orina 100 proteínas, algunos cilindros hija liños gránulos o, 44-100 hematies/campo, muy frecuentes cristales amorfos. Paciente evoluciona de manera estable en las horas siguientes con ingreso en planta de M. Interna con mala evolución y situación de coma y ausencia de respuesta a tratamiento médico produciéndose su exitus.

Conclusiones:

El síndrome neuroléptico maligno (SNM) es una rara entidad clínica que se presenta como reacción idiosincrásica al tratamiento con dosis terapéuticas de fármacos neurolépticos. Se caracteriza por hipertermia, síndrome extrapiramidal, rigidez muscular, alteración del nivel de conciencia y disfunción autónoma. Se incluyen los neurolépticos clásicos, como haloperidol, y los más recientes, caso de risperidona y olanzapina. Se presenta el caso de una paciente que desarrolló un cuadro compatible con SNM asociado a quetiapina, memantina y clotiapina.

A-1717

INTOXICACIÓN VOLUNTARIA POR PRODUCTOS FITOSANITARIOS

**C Piedra Rodrigo (1), I M Sánchez Pérez (2), H Pérez Salvador (3),
IM Martín Esteve (3), MS Bernal Rosique (3),
MA Martínez Domínguez (3)**

*(1) Hospital Torrecárdenas, (2) SUE Lorca. Gerencia 061,
(3) Hospital Torrecárdenas. Almería*

Palabras Clave: intoxicación, organofosforados, atropina

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Hombre de 68 años que tras discusión familiar ingirió de forma voluntaria una cantidad indeterminada de Rometan Progress (dimetoato 40%, insecticida organofosforado) a los pocos minutos presentó un vómito maloliente, acudió al centro de salud donde se realiza lavado gástrico con carbón activado derivándolo a nuestro hospital, entre los antecedentes destaca dislipemia, SAOS con CPAP. EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A su llegada a Urgencias el paciente presenta estabilidad hemodinámica, tensión arterial 140/70, FC 80, saturación oxígeno 95%, temperatura 36°C, Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos, sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos, Orofaringe: sequedad labial, resto de carbón activado, Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, Neurológica: glasgow 15/15, sin focalidad. Se contacta con el Instituto Nacional de Toxicología que indica: Observación durante 24 horas, valorar complicaciones: oliguria/necrosis tubular, irritación gastrointestinal y hemorragia digestiva, acidosis metabólica, convulsiones, por lo que pasa a observación donde se monitoriza continuamente frecuencia cardíaca, saturación oxígeno, tensión arterial, diuresis y se realiza analítica incluida glucemia, inones, función renal, hepática, niveles de creatininfosfoquinasa, colinesterasa, hemograma, gasometría arteria, en el primer control analítico destaca niveles disminuidos de colinesterasa. DIAGNÓSTICO FINAL: Intoxicación voluntaria por ingesta de organofosforados. EVOLUCIÓN: Durante su estancia en observación comienza con dolor abdominal tipo cólico, vómitos y diarrea, sialorrea y fiebre de 38°C precisando atropina intravenosa, se realiza radiografía de tórax y abdomen ante la sospecha de neumonitis/broncoaspiración que son normales, se realiza analíticas seriadas donde se objetiva disminución progresiva de colinesterasa 165-157, leucocitos 14222 con 90% de neutrófilia, se inicia tratamiento sintomático, el paciente evoluciona favorablemente y se traslada al servicio de Medicina Interna para continuar cuidados y observación y donde se realiza interconsulta a Salud Mental.

Conclusiones:

Las intoxicaciones voluntarias por este tipo de productos al ser por vía digestiva, son muy graves por la gran cantidad del tóxico, los médicos de urgencias debemos tener presente que pueden generar tres cuadros clínicos: la intoxicación aguda derivado de la hiperactividad colinérgica, el síndrome intermedio (24-48 horas) debilidad musculatura proximal extremidades y respiratorios, y neurotoxicidad retardada.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1719

EL ASESINO SILENCIOSO. INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO

M Montes Luna, P Navarro González, P Cuenca Orts, R García Moyá, A Pérez Martínez, J Salgueiro Ruiz, F Salvador Suárez

Hospital Francesc de Borja. Gandía, Valencia

Palabras Clave: carboxyhemoglobin, carbon monoxide poisoning, toxicology

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Mujer de 48 años fumadora, EPOC con síndrome depresivo, traída en SVB con oxigenoterapia a urgencias tras aviso de su marido por no responder a estímulos. Refiere estando en su casa de campo se han calentado con un brasero de leña en una habitación pequeña, quedándose dormidos y le ha despertado emitiendo sonidos, desorientada y intentando despertarla sin éxito. Refería sintomatología catarral los días previos. Estable hemodinámicamente salvo signos de hipotermia, saturando al 100%, ambos desprendían cierto olor a humo. A la exploración destacaba Glasgow 10 (O:2, V:3, M:5), consciente con tendencia al sueño y debilidad generalizada. Inyección conjuntival y tos. Murmullo vesicular conservado con silbilantes dispersos. Se extrajo gasometría arterial con cooximetría, hallándose una alcalosis respiratoria con Carboxihemoglobina del 30±1%. Analítica de sangre con elevación de reactantes de fase aguda y leucocitosis con desviación a la izquierda, enzimas daño miocardio negativas. ECG y radiografía de tórax, normales. Ante la sospecha de que pudiera tratarse de una intoxicación por Monóxido de Carbono junto a una infección respiratoria, se inició oxigenoterapia de alto flujo con mascarilla con reservorio, corticoterapia endovenosa, salbutamol inhalado y codeína oral que se mantuvieron hasta la desaparición de la sintomatología y cifras de carboxihemoglobina <5% (2.2% a las 10 horas de su llegada). Se planteó que pudiera ser un accidente cerebrovascular, una intoxicación etílica, una encefalitis o una intoxicación por CO. Pensamos que la causa podría estar en el domicilio, una causa accidental ambiental si el resto de convivientes se veían afectados. Confirmándose cuando el acompañante, empezó a sufrir cefalea, mareo y náuseas estando en urgencias (Carboxihemoglobina 27%).

Conclusiones:

El monóxido de carbono es un gas inodoro, insípido e incoloro que puede enfermar y matar repentinamente. Se encuentra en los gases producidos por una combustión incompleta (calentadores de gas, incendios, braseros de carbón o leña) pudiendo acumularse en espacios cerrados. La importancia de diagnosticarlo no es solo para tratar la intoxicación de hoy, que no fue mortal, sino para evitar la del mañana que sí puede llegar a serlo. La pulsioximetría tiene escaso valor, por ello ante la mínima sospecha debe tratarse aún en el medio extrahospitalario.

A-1720

TENÍAMOS SED

R Cantoral González, R Sanz de Barros, A Revuelta Alonso

Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid

Palabras Clave: etilenglicol, intoxicación, diagnóstico

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Pareja de sexagenarios acude a Servicio de Urgencias a las 23:00 por presentar la mujer clínica de inestabilidad de la marcha, con caída desde su propia latura, mareo y cefalea tras la ingesta a las 20:00 de un vaso de un líquido de color verdoso encontrado en un taller mecánico. El marido refiere haber probado apenas 2 dedos del líquido, y encontrarse asintomático en el momento de la asistencia. La mujer, de 63 años presenta SAHOS, hipotiroidismo, BMN y síndrome depresivo, colecistectomía y liposucción, sin otros antecedentes de interés. El marido, de 68 años presenta una hernia discal L5-S1, sin otros antecedentes de interés. A la exploración física no había alteraciones importantes salvo la inestabilidad de la marcha objetivada en el caso de la mujer. Se les pide una analítica urgente y se pauta tratamiento con sueroterapia y lavado gástrico mientras se contacta con Instituto de Toxicología. La mujer, a las dos horas de la ingesta comienza presenta cifras de pH de 7.34, HCO₃ 15.9 con AnionGAP de 19 por lo que, se decide traslado a UCI de hospital con dosificación de etanol disponible. El marido queda en observación de nuestro hospital, presentando acidosis metabólica leve a las horas de la ingesta, con evolución posterior favorable.

Conclusiones:

Se presenta este caso para incidir en la importancia de un diagnóstico diferencial rápido en el caso de intoxicaciones con agentes químicos de este estilo. El etilenglicol es un líquido incoloro con sabor dulce, componente de los líquidos anticongelantes. Se trata de un compuesto altamente tóxico que puede resultar letal con ingesta de 1g/Kg, por lo que resulta primordial la detección del agente causante de la intoxicación con la mayor celeridad posible, y así tratar de manera específica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1721

ESOFAGITIS POR CÁUSTICOS, ¿PUEDE LA TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA SUSTITUIR LA ENDOSCOPIA EN LA EVALUACIÓN DEL DAÑO?

MA Romero Cebrián, A Navarro Carrillo, M Martínez Ramírez, R Pastor Toledo, S Gómez Ramírez, A Lindo Noriega, L Abad López

Hospital General de Villarrobledo. Albacete

Palabras Clave: endoscopy, caustic ingestion, computerised tomography

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Varón de 30 años que consulta en atención primaria tras la ingesta accidental de un detergente cáustico para instalaciones ganaderas (habían colocado el sobrante en una botella de agua sin etiquetar). Fue remitido a nuestro servicio de urgencias hospitalarias. Sólo ingirió un trago por el sabor desagradable. Había vomitado posteriormente y se quejaba de picor faríngeo y odinofagia, sin disfagia, dolor torácico y/o disnea. Tras solicitarlo el paciente proporciona la composición del detergente: cloruro de alquildimetilbencilamonio al 16,8%. Hallazgos en la exploración física: estable hemodinámicamente, buen estado general, faringe hiperémica sin otras lesiones ni edema de úvula y auscultación cardiopulmonar normal. No se objetivaron otros datos patológicos en la exploración reglada por aparatos. Las pruebas iniciales (radiografía de tórax, gasometría arterial, hemograma, bioquímica y coagulación) fueron normales e inmediatamente después solicitamos gastroscopia urgente con los siguientes hallazgos: mucosa de aspecto blanquecino con desprendimiento de la misma a modo de esfacelos, desde la boca de Killian hasta la transición esofagogástrica, sin necrosis ni sangrados (grado IIa). Se explora cámara gástrica y duodeno hasta segunda porción, siendo normales. Tras estos hallazgos el paciente ingresó en medicina interna con tratamiento con corticoides, omeprazol y buscapina intravenosos. En la endoscopia de control la mucosa esofágica no presentaba las alteraciones previas por lo que se procedió al alta.

Conclusiones:

La correlación entre los hallazgos de laboratorio y la severidad de las lesiones es muy pobre, aunque algunos de ellos se han considerado como predictores de mortalidad. Por otro lado, el uso de tomografía computerizada (TC) se está abriendo paso en la valoración de lesiones por ingesta de cáusticos. En algunos estudios se sugiere que la TC ofrece una evaluación más detallada que la endoscopia sobre el daño transmural de las paredes esofágicas y gástricas y de la extensión de la necrosis, con la ventaja de no ser invasiva, lo que supondría un papel prometedor en la evaluación del daño por ingesta de cáusticos y perforaciones inminentes. En la última revisión sistemática de estudios, sólo dos de ellos compararon el uso de TC y endoscopia y eran retrospectivos. No se encontraron estudios prospectivos, randomizados y controlados comparando directamente ambas.

A-1722

SOSPECHA DE SUMISIÓN QUÍMICA Y AGRESIÓN SEXUAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO: ¿FINAL INESPERADO?

T Merino Díaz, C Fernández Alonso, P Serrano Cuesta, MA Herráiz Martínez, AE Santiago Sáez, P Villarroel González-Elípe

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Palabras Clave: sospecha, sumisión química, agresión sexual, urgencias

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 19 años de nacionalidad extranjera sin antecedentes personales de interés que acude al servicio de Urgencias (SU) del Hospital Clínico San Carlos de Madrid sobre las 14h refiriendo haberse despertando en ropa interior en la casa de un desconocido en un barrio céntrico de la capital. Refiere que está de vacaciones en Madrid y que la noche anterior salió de fiesta. Reconoce haber ingerido bebidas alcohólicas pero descarta consumo voluntario de otros tóxicos. Lo último que recuerda con cierta confusión es estado de agitación, euforia y discusión con unos desconocidos sobre las 2 h de la madrugada en una discoteca. Al despertar, un varón de unos 30 años refiere haberla recogido estando sola en estado de embriaguez en la calle. En el Servicio de Urgencias se encuentra asintomática con exploración física general normal. Se activa protocolo de sumisión química y de violencia. No se extraen muestras biológicas para análisis toxicológico-forense bajo cadena de custodia al no firmar el consentimiento informado. Se envía parte de lesiones y tras comentar con ginecología de guardia se decide remitir a hospital la Paz para exploración en presencia de médico Forense previa denuncia en comisaría de policía. Tras el alta del SU la trabajadora Social realiza seguimiento del caso: la paciente acudió a la policía con otra versión de los hechos. Refirió relación sexual consentida con un desconocido, no interpuso denuncia y solicitó la píldora del día después y pruebas para descartar contagio de enfermedad de transmisión sexual en diferentes centros sanitarios.

Conclusiones:

Del caso clínico presentado destacamos que el SU del Hospital Clínico San Carlos cuenta con un procedimiento de actuación ante sospecha de sumisión química y de violencia desarrollados por la Comisión contra la Violencia del citado hospital que permite actuar de forma protocolizada. Debemos insistir en la sensibilización, formación y coordinación de todos los profesionales que atienden a estos pacientes así como alertar a las presuntas víctimas de vulnerabilidad o sumisión química y/o agresión sexual de la importancia que tiene denunciar estos actos delictivos en lugar de negarlos por miedo o culpabilidad.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1723

HIPEREMESIS POR CONSUMO DE CANNABIS

L Arbolea Álvarez (1), C Martínez Llano (1), M Martínez Ibán (2), C Alonso Porcel (3), LM Sánchez Rodríguez (4), A Rodrigo Granda (5), L Álvarez Rodríguez (5)

(1) Hospital Valle del Nalón, (2) Área V. Asturias, (3) Hospital de Cabueñes, Gijón, (4) Área I, Asturias, (5) Centro de Salud José Aguado 2. Luanco, Asturias

Palabras Clave: cyclical vomiting, cannabis, abdominal pain

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón 33 años. Sin alergias medicamentosas. Consumidor de cannabis habitual y alcohol moderado. No HTA, DM, DP ni otras patologías. Leptospirosis, noviembre 2010. Afectación plaquetaria y hepática. Intervenciones quirúrgicas: fístula perianal. Enfermedad Actual: Cuadro de 48h de evolución de vómitos alimenticios, no hemáticos, dolor abdominal difuso, sin fiebre en el contexto de una situación de estrés personal. Sin otra sintomatología acompañante. Múltiples valoraciones en urgencias por esta sintomatología remitiendo con dieta y sueroterapia. Exploración Física: afebril, hemodinámicamente estable. Consciente, orientado y colaborador. Auscultación cardiopulmonar anodina. Abdomen: doloroso a la palpación difusamente, sin peritonismo, sin masas ni megalias. Ruidos intestinales presentes. Miembros inferiores sin edemas ni signos de Trombosis. Pruebas complementarias: Analítica destaca leucocitosis con 26300 leucocitos y 87,6% neutrofilia. Rx tórax: sin hallazgos. Rx abdomen. Heces en marco cólico. Se solicita eco abdominal y sedimento, ambas normales. Endoscopia digestiva alta: mucosa esofágica, sin lesiones. Cardias bien situado. Estómago: fórnix normal por retroversión. Cuerpo con mucosa y pliegues normales. Cisuras sin alteraciones. Antro sin lesiones. Píloro normal. Duodeno: bulbo y segunda porción duodenal normales. Tratamiento con sueroterapia durante 48h y antieméticos. Mejoría al alta con diagnóstico de Gastritis Aguda de probable origen infeccioso. Nuevo ingreso 2 meses después con la misma sintomatología, mismos estudios y evolución favorable.

Conclusiones:

El síndrome de hiperemesis cannábica (SHC) se relaciona con el consumo crónico de cannabis. muy extendido pero con pocos estudios sobre este síndrome. La triada característica es: consumo crónico de cannabis, náuseas y vómitos cíclicos (hasta 5 vómitos a la hora), duchas compulsivas de agua caliente que alivian los síntomas. Otros síntomas son el dolor abdominal, polidipsia, diaforesis y pérdida de peso. Duración autolimitada, remite tras 24-48h del cese del consumo. Provoca repetidas visitas a urgencias hospitalarias, atención primaria y consultas de digestivo así como sucesivas exploraciones caras, prescindibles y sin alteraciones. Mientras que la implicación del consumo crónico de cannabis en el síndrome de hiperemesis idiopática ha sido bien estudiada y establecida como un factor de riesgo, no existen datos acerca de la prevalencia del SHC en consumidores crónicos de cannabis.

A-1724

MANEJO DE UN CASI-AHOGAMIENTO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

B Martín Pérez (1), R Ruiz Merino (2), S Nieto Sánchez (3), B Antón (4), IK Campuzano Juárez (5), EK Shimabukuro Higa (5)

(1) Centro de Salud Delicias II, (2) Centro de Salud Arturo Eyries, (3) Centro de Salud Casa del Barco, (4) Centro de Salud Huerta del Rey, (5) Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid

Palabras Clave: ahogamiento, hipoxia, intubación orotraqueal

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Mujer de 42 años con antecedentes personales de trastorno bipolar remitida tras haberse precipitado al río desde un puente. Estuvo sumergida 8 minutos y fue rescatada en parada cardiopulmonar, iniciando resucitación cardiopulmonar básica inmediatamente, recuperando pulso con respiración espontánea, siendo trasladada inmovilizada con collarín rígido y soporte ventilatorio con mascarilla con reservorio, al Servicio de Urgencias. A su llegada se observa TA: 140/75, FC 70 lpm, T° 34°C, FR: 30rpm, SatO2: 88%. Glasgow 7, Pupilas mióticas y normorreactivas. Hipotonía de extremidades inferiores y superiores. Hipotonía de esfínter anal. Ruidos cardíacos rítmicos y crepitantes en ambos campos pulmonares. Abdomen muy distendido. No fracturas aparentes. Sangrado burbujeante por la boca. Se decide intubación orotraqueal (IOT) con control cervical debido a la insuficiencia respiratoria aguda asociada, el nivel de Glasgow y la necesidad de aislamiento de vía aérea, siendo esta muy dificultosa debido a las secreciones existentes y la sospecha de lesión cervical. Ante la persistencia de deficiente ventilación de la paciente se comprueba la correcta IOT con auscultación en 5 puntos, detector de CO2 y colocación de sonda nasogástrica con salida de 300cc de contenido sero-hemático, sospechándose la existencia de edema pulmonar severo como luego se comprobó en las pruebas de imagen.

Conclusiones:

La lesión pulmonar y la hipoxia son los factores más importantes en las víctimas del casiahogamiento, siendo el objetivo principal en el manejo inicial la corrección de la hipoxemia, la acidosis secundaria a una mala ventilación y el manejo precoz de la hipotermia asociada. El tratamiento inicial debe priorizar la resucitación inmediata y el tratamiento del fracaso respiratorio. El manejo de la vía aérea se dificulta por la posible lesión de la columna cervical. Hay que administrar oxígeno a todas las víctimas durante la exploración y realizar una intubación precoz si está indicada para proteger la vía aérea.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1725

HIPOTERMIA SEVERA: MANEJO Y TRATAMIENTO URGENTE

S Álvarez-Ossorio Cisneros, O González Alemán,
A Fernández Cuervo, S Peña Astorga

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Palabras Clave: hipotermia, intoxicación, coma

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Paciente de 48 años de edad, ExADVP en tratamiento con metadona, encontrado en la vía pública con bajo nivel de consciencia e hipotermia severa (26°C), estable desde el punto de vista hemodinámico y respiratorio. De forma extrahospitalaria, se comienzan maniobras de calentamiento y se traslada al Hospital. A su llegada al área de Urgencias se objetiva una Escala de Glasgow (SCG) de 4 puntos (Ao2, Rv1, Rm1), administrándose Flumazenilo intravenoso con mejoría neurológica hasta SCG de 9-10 puntos (Ao3, Rv1, Rm 5-6), manteniéndose estable respiratoria y hemodinamicamente en todo momento. Como antecedentes personales destacaba una hepatopatía por VHC (genotipo 3+4) con datos de hipertensión portal incipiente en la última ecografía, sin cumplimiento terapéutico con Sofosbuvir y Daclatasvir. Se realizó analítica urgente objetivándose leucocitosis de 17500 (63% neutrófilos), Insuficiencia renal aguda (urea 51, Creatinina 2.1) con hipernatremia de 148, rabdomiolisis con hipertransaminasemia (GOT/GPT 1815/1015, CK 409, CK-MB 194), coagulopatía (INR 2, AP 40%, TPTa 45seg) y acidosis mixta (pH 6.88, pO2 214, pCO2 91, HCO3 16). Ante dichos hallazgos se comenzó antibioterapia empírica con amoxicilina-clavulánico, se administró bicarbonato intravenoso y se comenzó ventilación mecánica no invasiva (VMNI). Por los antecedentes personales se solicitó determinación de tóxicos en orina, siendo positivos a metadona y benzodiazepinas. Se realizó TAC craneal urgente sin objetivarse lesiones, y ECG con bradicardia sinusal, segmento PR normal y QRS estrecho. Ante los hallazgos analíticos de Síndrome de disfunción multiorgánica y el estado clínico del paciente se contacta con el Servicio de Medicina Intensiva para valoración, decidiéndose ingreso a su cargo.

Conclusiones:

Resaltar la importancia de la primera atención en el área de urgencias de pacientes con patologías graves, pudiéndose evitar medidas más agresivas si se actúa con rapidez. Saber actuar ante situaciones difíciles y ante patologías poco frecuentes en nuestro entorno. Conocer las alteraciones típicas (ECG y analíticas) de la hipotermia severa, y exponer las complicaciones que derivan de ella, incluso el debut con disfunción multiorgánica y necesidad de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos.

A-1726

METAHEMOGLOBINEMIA POR INTOXICACIÓN CON P-CLOROANILINA. REVISIÓN DE UN CASO ATENDIDO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

F Santulària Font, G Brugué Fontas, J Jiménez Olla,
J López Piedra, F Vila, M Chordà Sánchez

Hospital Dr. Josep Trueta. Girona

Palabras Clave: methemoglobinemia, P-chloroaniline, occupational poisoning

Conclusiones:

La respuesta clínica y analítica confirmó la efectividad del tratamiento instaurado, produciéndose una reducción progresiva en la cifra de metaHb. El Azul de Metileno, como cofactor de la NADPH producido en el ciclo de las pentosas, incrementa la reducción de la MetaHb eritrocitaria. Lo excepcional del caso entre otras cosas es el elevado nivel de metaHb inicial (mayores del 70 %). Encontramos descrito en la literatura que habitualmente casos con niveles tan elevados, fallecen antes de recibir atención médica y si logran sobrevivir, frecuentemente presentan las múltiples complicaciones propias de esta intoxicación. No se recogieron efectos adversos por el uso del antídoto, posiblemente por la rápida actuación y por el hecho que la dosis aplicada pudo limitar su aparición (1-2 mg/kg de peso).



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1729

OZONOTERAPIA LUMBODORSAL, A PROPÓSITO DE UN CASO DE CEFALEA

AM Pozo Cascajosa (1), V Martínez Prieto (2), FJ Fernández Gómez (3), MC Membiela Jurado (3), MD Miranda Gallardo (4), M Romero González (4)

(1) Summa 112, (2) HAR Ecija Sevilla, (3) Hospital Universitario Puerta del Hierro. Madrid, (4) HAR Écija. Sevilla

Palabras Clave: headache, ozone therapy, lumbar puncture

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

El ozono medico es una mezcla (95% oxígeno y 5% ozono) que se utiliza en varias concentraciones y su administración se hace por diferentes vías. El tratamiento con ozono ha demostrado propiedades beneficiosas. Entre estas técnicas unas de las más prometedoras es la discólisis con ozono para aliviar dolores dorsolumbares. **OBJETIVOS:** Describir posible efecto adverso en esta técnica. **PACIENTE:** Mujer de 38 años que acude por dolor lumbar bilateral mecánico, irradiado a ambos MMII, recurrente desde hace un año. Falso lasague bilateral + a 90°. Se pauta Corticoides intramusculares, AINE, analgésicos y relajantes musculares. No mejora ni con Rehabilitación y se propone 3 sesiones de infiltraciones paravertebrales. 3 días después debuta con cefalea opresiva que mejora solo con el decúbito y que precisa asistencia hospitalaria. Se le pauta reposo en cama 48 horas, bipedestación progresiva, tomar café, dieta líquida 2-3 L, y medicación con cafeína y derivados ergotámicos para paliar la cefalea. Una semana después, comienza con Fisioterapia mejorando paulatinamente el cuadro de lumbodorsalgia. **RESULTADOS:** Rx columna: pinzamiento L5-S1, hiperlordosis lumbosacra. Rx pelvis: disimetría de 6 mm de MII. RNM: protusión de predominio foraminal izquierdo del disco L4-L5, y protusión foraminal derecha del disco L5-S1. Analítica con bioquímica y hematimetría, normal.

Conclusiones:

La ozonoterapia combinada parece ser eficaz en pacientes con dolor lumbar secundario a protusión y hernia discal, produciendo una mejora del dolor y de la discapacidad funcional. Las complicaciones y los efectos adversos descritos son, en general, de carácter leve y transitorio. El efecto adverso más comúnmente descrito es la cefalea transitoria, seguido del dolor en la zona de punción. En nuestro caso, la cefalea fue provocada presumiblemente por invasión del espacio intratecal al intentar una infiltración discal, produciéndose una depleción de LCR que causó hipotensión en su compartimento. Se describen 11 casos de cefalea postpunción en el estudio realizado por Torres L. M. et al. Publicado en la revista de la sociedad española del dolor (todos en pacientes con discólisis de L5-S1).

P-1747

FRACTURA PLURIFOCAL INADVERTIDA DE PELVIS

A García-Perla García, I Pérez Torres, A Díez Naz, V Gil Camargo

Urgencias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Palabras Clave: fractura, pelvis, diagnóstico

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Antecedentes personales: Mujer, 85 años, Ap de EPOC, Mastectomía y osteoporosis. 2. Anamnesis. Sufre caída con traumatismo sacro. Dolor principalmente en zona sacrococcígea e inguinal derecha. 3. Exploración. Dolor a la palpación en glúteo y en ingle derecha. Caderas sin hallazgos. Micción con orina normal. 4. Pruebas complementarias. La Rx lateral de sacrococix no muestra lesiones. La AP de pelvis objetiva una fractura de ramas pubianas derechas. 5. Evolución Alta a domicilio con reposo absoluto, AINES, HBPM y revisión en 2 semanas por traumatólogo. Transcurridas estas, en la Rx de control se objetiva formación de callo, indicándose reposo relativo. Ante la imposibilidad de realizarlo, retorna a Urgencias, donde más de tres semanas tras el traumatismo se practica un TAC de la pelvis informado como. Intensa osteopenia. Fracturas no desplazadas de alas sacras y del cuerpo del sacro, de la transversa de L5, conminuta de la rama ileopubiana izada y no desplazada de la isquiopubiana. Se objetiva así una inadvertida fractura bilateral de articulaciones sacroiliacas y sacro, decidiéndose fijación quirúrgica. La evolución posterior es favorable.

Conclusiones:

Mucho se ha escrito en la bibliografía de urgencias sobre la importancia del diagnóstico de la fractura de pelvis en politraumatizados, pero tenemos menos datos sobre el diagnóstico fino en el servicio de urgencias de lesiones traumáticas en esta estructura. Se acepta que la radiografía simple de pelvis, diagnostica la mayoría de las fracturas pero no todas, lo que debe considerarse a la hora de solicitar otras pruebas como la TAC, especialmente en casos como este con un traumatismo axial sobre una estructura ósea extremadamente osteopénica. La clasificación de las fracturas de Pelvis busca determinar la existencia de estabilidad del anillo pelviano. La más usada es la promulgada en 1980 por Marvin Tile, que diferencia las fracturas en tres grupos principales: El Grupo A, unifocales, estables y de tratamiento ortopédico. Grupo B, en las que existe afectación del anillo pelviano posterior, siendo parcialmente inestables. Y las del Grupo C en las que hay interrupción anterior y posterior. Y son inestables y quirúrgicas. En este caso, lo que pareció ser una fractura tipo A, era en realidad un tipo C.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1752

HEMOPERITONEO SECUNDARIO A ROTURA DE ANEURISMA DE ARTERIA ESPLÉNICA

R Gómez Pescoso, I Ayala Barroso

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.
Santa Cruz de Tenerife

Palabras Clave: hemoperitoneo, aneurisma roto, shock

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Los aneurismas de la arteria esplénica ocupan el tercer lugar en frecuencia de los aneurismas intraabdominales, tras los de la arteria aorta e ilíacas. Es más frecuente en el sexo femenino, con una relación 4:1. Cursan la mayoría de las veces de forma asintomática, aunque también pueden presentarse como dolor en hipocondrio izquierdo y, en ocasiones, como rotura espontánea. Material o pacientes y método Varón de 56 años, con antecedentes de fumador y en tratamiento con antiinflamatorios desde hace 3 semanas por dorsolumbalgia izquierda. El día del ingreso, mientras estaba comiendo, presenta cuadro de dolor lumbar izquierdo agudo, seguido de pérdida del nivel de consciencia y relajación de esfínteres. A la llegada de la ambulancia medicalizada al domicilio, el paciente estaba inconsciente, con respiración apnéustica, sin reactividad a estímulos, midriático, pálido y sudoroso, con tensión sistólica (TAs) de 65 mmHg y frecuencia cardíaca de 175 latidos por minuto (lpm). Tras ventilación manual y reposición volumétrica intensa, el paciente comienza a recuperar el nivel de consciencia. Durante el traslado, el paciente recibe 1500 cc de cristaloides. Resultados: A su llegada al hospital, paciente consciente y orientado, eupneico, con TAs 80 mmHg y 115 lpm. El paciente refiere dolor abdominal, así como deposiciones diarreicas. Analíticamente, destaca hemoglobina de 12,5 g/dl y lactacidemia de 8 mmol/L. A pesar de 3500 cc de soluciones cristaloides, el paciente sigue hipotenso. Se decide realizar TAC de Abdomen, que muestra un aneurisma de la arteria esplénica y cantidad abundante de líquido libre compatible con hemoperitoneo secundario a rotura de dicho aneurisma. Se realiza embolización del aneurisma, tras lo cual el paciente ingresa en la Unidad de Medicina Intensiva. Posteriormente, evoluciona sin complicaciones, siendo dado de alta a domicilio a los 8 días.

Conclusiones:

Ante la presencia de un paciente con datos de inestabilidad, y sin signos de sangrado externo, debemos pensar en la posibilidad de rotura aneurismática intraabdominal, con hemoperitoneo secundario, como una de las primeras posibilidades diagnósticas. La reposición volumétrica y la tomografía, son claves en el manejo de este tipo de pacientes.

P-1754

QUISTE DE OVARIO TORSIONADO

D Diz González (1), A Cañas Barranco (2), M Rodríguez Casimiro (3)

(1) Hospital de Antequera, (2) Clinic. Rockfield. Dublin, Irlanda,
(3) Hospital Clínico Universitario de Málaga

Palabras Clave: cyst, ovary, gynecology

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción: La torsión anexial suele ocurrir en mujeres en edad reproductiva, lo cual hace que el diagnóstico precoz de esta urgencia sea de gran importancia. Objetivo: Aumentar las posibilidades de prevenir un daño anexial irreparable. Paciente y Método: Mujer de 35 años con antecedentes de síndrome de ovario poliquístico y endometriosis, rectorragia en contexto de patología anorrectal benigna y discopatía L4-S1, acude a urgencias por 6ª vez en 5 días (valorada por Cirugía, Urología y Ginecología) por dolor abdominal continuo en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda (FII), sin rebote ni defensa, y sin otra sintomatología asociada. A Exploración: Aceptable estado general, leve hirsutismo, abdomen blando y depresible sin masas ni megalias, doloroso a palpación en hipogastrio y FII, puñopercusión renal bilateral negativa, Pruebas complementarias: En Urgencias: Analítica de sangre normal, Analítica de orina: microhematuria, Radiografía de tórax y Radiografía de abdomen normales, Eco de abdomen: lesión hepática de 5x3.5 cm de lóbulo derecho compatible con lobulación hepática o adenoma, Tac de abdomen: LOE hepática de 5 cm compatible con hiperplasia nodular focal, engrosamiento miomatoso del útero en porción cervical, líquido libre en Douglas con quistes anexiales de 46 mm. En planta: Analítica normal excepto Hb 11.3, colonoscopia normal, RM pelvis: Ovario derecho con múltiples lesiones quísticas, una de ellas con contenido hemático compatible con endometrioma. A nivel anexial izquierdo lesión de aspecto sólido quístico de 8x5,7x7,2 cm con áreas quísticas en su interior y con contenido hemático compatible con lesión tumoral anexial compleja recomendándose biopsia de la misma. Líquido libre en Douglas. Resonancia Magnética Hígado: Lesión bien definida a nivel del segmento VI (probable hiperplasia nodular focal) Resultados: Ingresa en planta con diagnóstico de dolor abdominal para completar estudio que finalizó con una anexectomía izquierda laparoscópica por quiste folicular roto con hemorragia.

Conclusiones:

La torsión anexial debe considerarse en toda mujer con dolor agudo en el hemiabdomen inferior, ya que un retraso en el diagnóstico y tratamiento puede dar lugar a la pérdida del anejo. Constituye una urgencia quirúrgica y la técnica de elección es la laparoscopia como se hizo con nuestra paciente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1755

DOLOR ABDOMINAL E INESTABILIDAD HEMODINÁMICA: HEMORRAGIA ESPLÉNICA DIFERIDA

C de León Rivas, D López Fernández, R Hernando Fernández,
A González San Emeterio, A Robles Amieva, C Fernández Pereda,
B Sainz Santos

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras Clave: heridas y traumatismos, bazo, abdomen agudo

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: La mayoría de las lesiones intraabdominales valoradas en Urgencias son secundarias a un traumatismo abdominal cerrado (accidentes de tráfico o atropellos, caídas o en relación con el deporte) o a traumatismo penetrante tóracoabdominal o abdominal posterior. El bazo es el órgano afectado con mayor frecuencia ante un traumatismo en hipocondrio, flanco o lumbar izquierdos. La sintomatología puede ser variable e inespecífica, complicándose en pacientes con alteración de consciencia, por tanto las pruebas de imagen para el diagnóstico son cruciales. **OBJETIVOS:** Evaluar el traumatismo abdominal siguiendo los principios descritos por el Programa avanzado de apoyo vital en trauma para médicos (ATLS) y las herramientas diagnósticas de las que disponemos (protocolo EFAST y TAC abdominal). **PACIENTE Y MÉTODOS:** Varón 44 años, síncope sin prodromos en domicilio. A la llegada de UVI móvil se encuentra pálido, sudoroso, mal perfundido, con náuseas y vómitos. Presenta dolor abdominal generalizado. TA 90/60, FC 120, pO_2 35,3, FR 28, Sat O_2 91% ECG 15. Se inicia oxigenoterapia, canalización de 2 vías periféricas y fluidoterapia. Valoración inicial presenta abdomen en tabla con dolor intenso, resto sin hallazgos patológicos. Ingresado hasta hace 10 días por accidente de moto con TAC abdominal que mostraba laceración hepática y contusión esplénica de 3x1.5cm sin signos de sangrado activo, por lo que fue dado de alta hemodinámicamente estable. **RESULTADOS:** Bioquímica sin alteraciones. Hemograma: leucocitos $12.0 \times 10^3/\text{L}$, Hb 12.1 g/dL, plaquetas $406 \times 10^3/\text{L}$. Coagulación: TP 65%. EFAST: líquido libre que sugiere hemoperitoneo. TAC abdominal: múltiples laceraciones esplénicas, contusión parenquimatosa y colección hipodensa subcapsular compatible con hematoma agudo. Hemoperitoneo a nivel periesplénico. Pequeño foco de sangrado activo en margen superior del bazo.

Conclusiones:

El objetivo principal ante el traumatismo abdominal es la detección y tratamiento precoz de la hemorragia severa. Según el protocolo de la ATLS, los pacientes inestables hemodinámicamente está indicada la realización de EFAST y exploración quirúrgica y los pacientes hemodinámicamente estables se realizaría TAC abdominal y en caso de objetivarse lesiones de bajo grado se optaría por un tratamiento conservador (como ocurrió en el trauma e ingreso inicial de nuestro paciente).

P-1759

CALCIFICACIÓN HETEROTÓPICA EN HOMBRO EN PRACTICANTE DE PIRAGÜISMO

A García-Perla García, I Pérez Torres, A Díez Naz, V Gil Camargo

Urgencias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Palabras Clave: calcificación, tendón, pectoral

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Antecedentes personales. Varón de 17 años. Practicante federado de remo y piragüismo. 2. Anamnesis. Omalgia derecha desde hace 3 meses, y desde hace 1 mes nota bulto la axila. Tras entrenamiento durante la tarde en su club incremento del dolor. 3. Exploración Física Omalgia difusa con balance articular conservado y bultoma duro en la axila. 4. Exploraciones complementarias. La RX simple AP de hombro objetiva una formación cilíndrica adyacente al húmero. Una ecografía muestra una banda grosera de calcificación de unos 5 cms en partes blandas de región axilar en la unión miotendinosa del pectoral mayor. Sugiere miositis osificante, aconsejándose realizar TAC urgente para mejor valoración. Este es informado como extensa calcificación heterotópica, oblicua en axila de 5,2 x 1,4 cm en el espesor del tendón del pectoral mayor del que se observan indemnes las fibras profundas y retraídas las superficiales sugeriendo de rotura subtotal con osificación heterotópica secundaria. Tras esta prueba el paciente es alta, recomendándose reposo y AINES. Desde consultas se solicita una Gammagrafía que muestra una leve asimetría de la fijación del trazador en relación con niveles muy bajos de actividad osteoblástica. 5. Evolución. Desaconsejándose la práctica competitiva del remo, se decide una actitud conservadora y se cita en consultas en 6 meses, al cabo de los cuales es alta definitiva.

Conclusiones:

El pectoral mayor es un músculo superficial y plano de la región antero superior del tórax, entre el esternón, la clavícula y el cuello del húmero con importancia funcional y estética en deportistas y no tanto en el resto, ya que el rango de movilidad completo es posible incluso tras su ruptura, aunque con decremento de la fuerza y un defecto estético en el borde anterior de la axila. En ocasiones es una lesión de diagnóstico tardío. Entre las pruebas complementarias útiles hay que incluir también la RMN. La zona de rotura más frecuente es el tendón de inserción humeral. Y las prácticas deportivas que lo provocan con más frecuencia son la halterofilia y el rugby. Para la elección de la mejor actitud terapéutica en el caso de los deportistas, el éxito del tratamiento vendrá dado por la vuelta a la actividad profesional al mismo nivel de competición que antes de la lesión.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1760

¡AY, QUÉ DOLOR!

M Rodríguez Rodríguez (1), JA Suárez Fernández (2), A Delmiro Magdalena (3), C Elvira Menéndez (4), A Marmesat Montes (4), A Murcia Olagüenaga (4)

(1) Centro de Salud El Coto, Gijón, (2) Centro de Salud El Llano, Gijón, (3) Centro de Salud El Coto, Gijón, (4) Centro de Salud La Calzada, Gijón

Palabras Clave: rotura del bazo, bazo, dolor abdominal

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Motivo de consulta: Acude por dolor torácico y mareo. Antecedentes personales: Mujer de 56 años. No alergias ni hábitos tóxicos. Síndrome ansioso-depresivo. No intervenciones. Tratamiento con lorazepam. Anamnesis: Derivada por su médico de Atención Primaria por dolor torácico de 5 minutos de duración hace 6 horas, localizándose posteriormente en hemiabdomen izquierdo. Se acompaña de mareo, palidez y sudoración con la bipedestación. Niega otra clínica asociada. Exploración TA:106/54, FC:108 lpm, SatO2:92%, afebril. Regular estado general. Auscultación cardíaca: ruidos cardíacos rítmicos a 100lpm, sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando, depresible, doloroso a palpación en mesogastrio, sin soplos. Resto normal. EEL: sin hallazgos patológicos. Pruebas complementarias ECG: taquicardia sinusal a 100lpm. Analítica: Hemograma: Hb 11.4, Leucocitos 10320. Bioquímica con iones y pruebas de función hepática normales, Cr 1.64, troponina I 0.03, PCR 17. Gasometría arterial: pH 7.38, Bicarbonato 22.8, pCO2 39, pO2 61, SatO2 90%. Coagulación normal. Elemental y sedimento de orina: 5-8 leucocitos, bacteriuria moderada. Radiografía de tórax y abdomen: sin hallazgos patológicos. TAC aórtico: No imágenes sugestivas de disección aórtica. Gran hematoma esplénico de 14,7x11,7x12,2 cm de diámetro que desplaza el bazo observándose una laceración anterior periférica en región interpolar y otra en polo superior, que sugieren un probable origen subcapsular del hematoma y que presenta una extensión extracapsular con hemoperitoneo de distribución perihepática, entre asas y en pelvis. No se observa extravasación activa de contraste intravenoso. Evolución. Ante la persistencia del dolor pese a tratamiento analgésico, así como cifras de tensión arterial bajas asociadas a cortejo vegetativo, se decide traslado al área de observación de urgencias para control analgésico y ver evolución. Tras unas horas en observación y empeoramiento de la clínica, se decide realización de TAC abdominal, objetivándose rotura esplénica con hemoperitoneo, por lo que se realiza esplenectomía de urgencia tras valoración por el Servicio de Cirugía general. Impresión diagnóstica: Rotura esplénica con hemoperitoneo.

Conclusiones:

Queremos reflejar la importancia de una exhaustiva anamnesis y exploración física, revaluando al paciente durante su estancia en urgencias para objetivar posibles cambios clínicos que nos orienten hacia un diagnóstico diferencial más amplio y consecuentemente hacia un diagnóstico más certero. La rotura esplénica traumática es una entidad poco frecuente y potencialmente mortal si no se realiza un manejo adecuado. Se caracteriza por dolor súbito en hipocondrio izquierdo e hipovolemia.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1761

EPIGASTRALGIA DE ORIGEN VASCULAR

**AB García Soto (1), V Piña Martín (2), V García Soto (3),
C García Soto (4)**

(1) Hospital Costa del Sol. Málaga, (2) Hospital Torrecárdenas.
Almería (3) Royal Surrey County Hospital, (4) Fresenius Clínica.
Málaga

Palabras Clave: enfermedades de la aorta, arteria mesentérica superior, dolor abdominal

Ámbito del caso:

nada

Historia clínica:

Introducción: Varón 69 años, italiano con estancia vacacional. No alergias conocidas. Hipertenso. Depresión. No hábitos tóxicos. Iqx: Apendicectomía. Vida activa. Tratamiento: antihipertensivo, paroxetina. Derivado por epigastralgia, crisis hipertensiva, vómito y despeño diarreico tras desayuno. Lo achaca a posible cólico abdominal. Objetivo: Identificar causas de epigastralgia. Material o paciente y método: BEG, con vómitos continuos, TA 220/100, fc75, ACR: tonos rítmicos, no soplos, abdomen blando, deprecible, molestias epigástricas y periumbilical. Sin signos irritación peritoneal, Murphy negativo, sin masa ni soplo abdominal. Tras primera valoración con ECG: RS a 84lpm, HHA1, no alteración repolarización y con diagnóstico de presunción de epigastralgia se pauta butilescolamina/metamizol, pantoprazol y metoclopramida endovenosos y captopril 25 sublingual. Se solicita pruebas complementarias, pasa a observación. Analítica: Cr 1.19, Urea 36, Glucosa 147, amilasa 70, iones, LDH, PCR, perfil hepático, hemograma, coagulación y orina normal, enzimas cardíacas negativa. Rx tórax: normal. Rx abdomen: anodina. Evolución en observación, mejora clínicamente, refiere ligera astenia, y discomfort leve epigástrico, incluso solicitando alta, pero se aconseja permanecer hasta control de TA que persiste elevada, TA 210-180/110-90, por lo cual se instaura tratamiento antihipertensivo oral, e incluso endovenoso. Resultado: Dado la presencia de crisis HTA refractaria a tratamiento se revalora al paciente, ACR sin cambios, abdomen solo ligera molestias epigástrico a la palpación, pulso femoral derecho presente y ausente el femoral izquierdo, se pregunta por clínica de claudicación intermitente previa (dado que desconocemos antecedentes vasculares) que niega. Se realiza Angiotac Aorta para descartar patología aórtica aguda por clínica crisis HTA refractaria, dolor abdominal, y asimetría pulsos femorales, con resultado: Disección de aorta de tipo B de Stanford con extensión de la disección hacia la arteria subclavia izquierda, arteria mesentérica superior y arterias renales a ambos lados. Se traslada a hospital de referencia, para cirugía urgente. Diagnóstico urgencias: Dolor abdominal por angina mesentérica debido a disección de la arteria mesentérica superior secundaria a disección de Aorta tipo B.

Conclusiones:

No debemos olvidar el origen vascular en el dolor abdominal, a pesar de clínica poco llamativa, realizar siempre exploración sistemática y completa (incluyendo exploración vascular), y observación de persistencia de crisis hipertensiva aparentemente asintomáticas.

P-1763

ABDOMEN AGUDO EN UN FENOTIPO ESPECIAL... EMPECEMOS EL PUZZLE

**ER Martínez Lorenzo, J Estebarán Martín, C Álvaro Ruiz,
G Krasniqi, MN Chinea Correa, N Lain Teres, MJ Lucena González**

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

Palabras Clave: torsión, bazo, síndrome

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 14 años, único antecedente de escoliosis, acude a urgencias por dolor abdominal tipo cólico de dos días de evolución asociado a vómitos que en las últimas 24 horas se había focalizado en epigastrio y había incrementado. A su llegada muy sintomática, hipertensa, taquicardia, taquipnéica y afebril. En la inspección general se objetivó hipertelorismo mamario, con hipoplasia mamaria e hipertrofia de pezones, pecho excavado, palidez cutánea con hiperpigmentaciones lineales en tórax y cara de distribución blasckoide, sindactilia bilateral en pies, y cara de pájaro con implantación baja de ambos pabellones auriculares y ptosis bilateral. La exploración abdominal fue posible tras administrar analgesia intravenosa, revelando un intenso dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio izquierdo irradiado a hombro. Se realizó analítica donde se objetivó una PCR >90 , leucocitosis de $50.8 \times 10^9/L$ con monocitosis y neutrofilia (88,8%) sin observarse células inmaduras y coagulopatía (fibrinógeno derivado de 964 mg/dl, descenso del tiempo de protrombina e INR 1,4). Ante la sospecha de abdomen agudo se realiza un TAC abdominal con contraste intravenoso que reveló esplenomegalia masiva con ausencia de captación del contraste, sugestivo de isquemia, e hiperdensidad a nivel de hilio esplénico con una imagen en remolino, sugestiva de torsión del mismo, además de una cantidad moderada de líquido libre y útero bicornue. Ante la sospecha de isquemia de bazo secundaria a torsión de pedículo esplénico se lleva la paciente a quirófano encontrándose correlación con las imágenes diagnósticas además de hallarse éste flotando libre dentro de la cavidad abdominal teniendo como única fijación a la celda esplénica su pedículo vascular.

Conclusiones:

El bazo errante se trata de una patología rara. Tiene su origen en una alteración congénita o adquirida de su soporte ligamentoso, dando una movilidad excesiva con desplazamiento del bazo a posiciones anormales, siendo su mayor riesgo la volvulación sobre su propio eje vascular. Presentamos el caso de una paciente de 14 años diagnosticada de torsión aguda de bazo errante, la cual se encuentra actualmente en estudio genético ya que el fenotipo presentado y los hallazgos radiológico e intraoperatorios sugirieron que esta alteración pudiese formar parte de un síndrome mayor.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1766

ESCÁPULA ALADA

**S Rodríguez Priego, C Aparicio Borrego, E Puga Montalvo,
D Ferrer Serrano, C Soria García**

Complejo Hospitalario de Granada

Palabras Clave: scpula, thoracic nerve, paralysis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: Paciente de 48 años que refiere dolor en hombro derecho y que éste junto al ómoplato se le salen hacia fuera, tras carrera de ciclismo hace 2 semanas. Evidenciamos escápula alada derecha. **OBJETIVO:** Estudio y diagnóstico diferencial de escápula alada. **PACIENTE Y MÉTODO:** Paciente con antecedentes personales de fractura de meseta tibial izquierda por accidente, sin hábitos tóxicos, trabaja de cocinero y practica ciclismo. No síndrome constitucional ni otra clínica asociada salvo mareos ocasionales desde el accidente. A la exploración existe una disociación escápulo-torácica, el paciente tiene limitación para elevar el brazo con una escapula alada unilateral derecha por parálisis del serrato anterior. En urgencias solicitamos radiografía de columna cervical anteroposterior y lateral, de hombro derecho y de tórax evidenciándose una costilla cervical y discreto engrosamiento hiliar, resto sin hallazgos significativos. Sospechamos parálisis del nervio torácico largo por compresión de la costilla cervical. Se indica reposo y antiinflamatorios, derivándose a consulta de traumatología para completar estudio. En el diagnóstico diferencial se debe descartar lesión radicular de C6 o C7, miopatías (la afectación suele ser bilateral), lesiones tumorales, enfermedad desmielinizante, entre otras. En consulta de traumatología realizan resonancia magnética descartándose lesiones tumorales y enfermedades desmielinizantes y electromiograma que concluye: axonotmesis parcial severa del nervio torácico largo con presencia de reinervación, el pronóstico a priori es favorable. Se indica tratamiento conservador y rehabilitación. A la revisión a los 6 meses continúa sin cambios con respecto a la previa, que hace pensar en la evolución desfavorable del cuadro y plantean la cirugía de la costilla cervical que el paciente rechaza. **RESULTADOS:** Paciente con escápula alada por axonotmesis parcial severa de nervio torácico largo por compresión de costilla cervical.

Conclusiones:

La escápula alada es una lesión rara cuya causa más frecuente es la lesión del nervio torácico largo, ante un paciente con dolor en el hombro se debe explorar la posición de la escápula para descartar ésta afección. La electromiografía es clave para el diagnóstico y valorar evolución y pronóstico. El diagnóstico diferencial es importante para descartar enfermedades graves asociadas.

P-1767

DOCTOR, ¿QUÉ TENGO EN EL CUELLO?

**E Miranda Camarero, J Alcalá Aniento, G Grecu,
A Cazorla Rodrigo, J Montesinos Cots**

Hospital del Vendrell. Calafell, Tarragona

Palabras Clave: cuello, enfisema subcutáneo, neumomediastino

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente 17 años con antecedentes de migraña que acude por cuadro de odinofagia, astenia, disnea a esfuerzos y dolor cervical a la movilización de dos días de evolución. Previamente no refiere tos, cargas, traumatismos ni fiebre, sólo rinorrea hialina. A la exploración, eupneico, sat O2 99%, normoventilación, con importante dolor a la palpación en región cervical anterior y submandibular, y edema cutáneo en región paratraqueal derecha. Orofaringe normal, no edema de uvula, no adenopatías. Rx: imágenes aéreas a nivel partes blandas cervicales. TAC Cervico-Torácico: Enfisema cervical subcutáneo y neumomediastino sin fugas que sugieran perforación. El paciente es trasladado al servicio de Cirugía Torácica con buena evolución clínica y controles radiológicos posteriores.

Conclusiones:

Impresión diagnóstica: Enfisema subcutáneo y Neumomediastino. El neumomediastino espontáneo es una patología benigna e infrecuente o posiblemente subdiagnosticado, lo cual obliga a descartar lesiones potencialmente mortales como perforaciones esofágicas, mediastinitis descendentes y perforación de vísceras huecas abdominales. Debe ser tenido en cuenta ante síntomas cervicales de presentación aguda en pacientes jóvenes y ser considerado como diagnóstico de exclusión. Su evolución es autolimitada por lo que el tratamiento consiste exclusivamente en manejo médico y reposo, evitando maniobras de Valsalva y actividades físicas intensas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1768

UNA PIEDRA EN MI CAMINO

F Attardo, P Barbero Barbero, RP Torres Gutiérrez

Complejo Asistencial de Ávila

Palabras Clave: dolor abdominal, oliguria, diarrea

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Anamnesis: varón de 82 años, con antecedentes de HTA, oclusión intestinal, aneurisma de aorta infrarenal, úlcus, apendicectomía, en tratamiento con Clopidogrel, Ranitidina, Olmesartan/Amlodipino y Doxazosina, acude al Servicio de Urgencias por cuadro de 24 horas de evolución de dolor en fosa iliaca derecha tipo cólico que aumenta progresivamente de intensidad y 6-8 deposiciones diarreicas sin productos patológicos. Exploración física: Abdomen difusamente doloroso a la palpación, distendido y con defensa, sin signos de irritación peritoneal. Hernia inguinal bilateral fácilmente reductible. Blumberg dudoso. Tacto rectal normal. Analítica: discreta leucocitosis y empeoramiento de la función renal. Gasometría venosa: acidosis metabólica con consumo de bases. Pruebas complementarias: Rx de tórax y abdomen: sin hallazgos patológicos. TC abdominal: Riñón en herradura con litiasis en ureter distal derecho que condiciona ureterohidronefrosis grado III, con rotura de vía excretora. Ingreso en el Servicio de Urología: Pielografía retrógrada. Se decide intervención quirúrgica. Diagnóstico diferencial: Patología bilio-pancreática (colecistitis, pancreatitis). Patología nefrourológica (crisis renoureteral, hidronefrosis). Patología digestiva (úlcus, apendicitis, oclusión intestinal, perforación de vísceras huecas). Diagnóstico: Riñón en herradura con litiasis de 5 mm, probablemente de ácido úrico, en uréter distal derecho que condiciona ureterohidronefrosis grado III, con rotura de vía excretora. Tratamiento: sintomático. Colocación de catéter ureteral retrógrado (doble pig-tail). Su tratamiento habitual, añadiendo complejo citrato potásico/ácido cítrico y Levofloxacino.

Conclusiones:

La probabilidad de expulsión espontánea de un cálculo ureteral se relaciona con el tamaño del cálculo y la ubicación. Cálculos de diámetro 5 mm se asocian con una disminución progresiva de la tasa de expulsión espontánea. Los pacientes pueden presentar los síntomas clásicos de cólicos, ser asintomáticos o presentar síntomas atípicos. Las complicaciones más típicas son la obstrucción/anuria y la infección urinaria, aunque pueden surgir problemas menos comunes como la rotura de uréter, como en el caso de nuestro paciente, lo que condiciona absceso local, fístula enteral o sepsis.

P-1769

SÍNDROME FEBRIL POR ROTURA DE QUISTE HIDATÍDICO ABSCESIFICADO

P Carrillo Fernández-Paredes, JM Berrospi Melgarejo, LE Cárdenas Bravo, L Sánchez Martínez, TA Quirós Figallo

Hospital General Universitario Santa Lucía. Murcia

Palabras Clave: quiste hidatídico, rotura, fiebre

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN. La hidatidosis es una zoonosis de transmisión fecal-oral, distribuida a nivel mundial. Los quistes hidatídicos se presentan en su gran mayoría en el hígado y pulmón. Cursan de forma asintomática aunque pueden complicarse con rotura (espontánea o traumática), ocasionando abdomen agudo o cuadros de anafilaxia, y con sobreinfección. Presentamos una paciente con síndrome febril tras rotura y sobreinfección de quiste hidatídico. **OBJETIVOS** Urgencias quirúrgicas. **MATERIAL O PACIENTES Y MÉTODO.** Mujer de 79 años, intervenida hace años de quiste hidatídico pulmonar y tiroideo y con quiste hidatídico hepático conocido, acude a urgencias por presentar fiebre de hasta 39 grados de 5 días de evolución. Consultó en su MAP diagnosticándole infección del tracto urinario y pautando tratamiento con fosfomicina sin remisión de la fiebre. No dolor abdominal ni otros síntomas. **RESULTADOS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** En urgencias: EF: T 38.2 °C, FC: 113 Abdomen blando y depresible no doloroso a la palpación. Analítica: destaca 15390 leucocitos, 11500 N. PCR 17. Sedimento orina negativa. Se solicita ecografía abdominal pero se decide realizar TC abdomen: Se observa un aumento del tamaño del quiste hidatídico conocido con presencia de gas en su interior, sugestivo de sobreinfección. Se aprecia gas coleccionado en la localización del líquido periquístico sugestivo de rotura del mismo. **Conclusión:** Aumento de tamaño del quiste hidatídico hepático conocido con líquido periquístico y presencia de gas intra- y periquístico sugestivo de sobreinfección de quiste hidatídico roto. **EVOLUCIÓN:** se ingresa a cargo de cirugía general para intervención quirúrgica urgente con buena evolución.

Conclusiones:

La rotura del quiste hidatídico es una de sus complicaciones más frecuentes, ocasionando una forma poco común de abdomen agudo. Presentamos el caso de una paciente con rotura de quiste hidatídico y fiebre como única manifestación.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1770

FRACTURA C1 CON RADIOGRAFÍA NORMAL

**P González-Quirós Fernández (1), Y García González (2),
E Ferrero Fernández (3), Z Vázquez Álvarez (3),
S Sánchez Menéndez (3), S Moreno García (3)**

(1) Hospital Valle del Nalón, (2) Hospital Oriente de Asturias,
(3) Hospital Valle del Nalón. Gijón, Asturias

Palabras Clave: atlas, cervical, fracture, complications

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

ANTECEDENTES: NAMC Sd. Ansioso-depresivo. No ttos crónicos. H^oCLÍNICA: Paciente traída por la UVI móvil en colchón de vacío tras accidente de tráfico sufriendo un golpe lateral contra el quitamiedos a una velocidad aproximada de 80 Km/hr, sin vuelco del vehículo. Llevaba el cinturón de seguridad, saltaron los airbag. No parece que haya perdido el conocimiento pero sufre amnesia de lo ocurrido. Refiere cefalea, dolor en cuello, región dorsolumbar dcha, codo izdo y manos. EXP. FÍSICA: Hemodinámicamente estable. SatO2 99% COC. Glasgow 15. Hematoma con herida incisa en región parieto-occipital izda. Eupneica. Bien hidratada y profunda. ACP: normal. Dolor a la palpación de últimos arcos costales derechos, región dorsal. Abdomen blando depresible con molestia a la palpación de hipogastrio. Sin defensa. Ruidos conservados. Dolor en musculatura paravertebral cervical dcha, no en apófisis espinosas a ese nivel. Dolor en apófisis espinosas lumbares altas. Dolor y edema en codo izdo con movilidad conservada. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica (hemograma, bioquímica y coagulación) normal. Radiografías de tórax, columna cervical, dorsal, lumbar y codo izdo sin alteraciones significativas. TAC craneo: hematoma subgaleal parietal izdo, sin otros signos de sangrado. Se objetiva fractura de C1 dcha sin desplazar. TAC toraco-abdominal: ligera pérdida de altura del cuerpo vertebral de L1 y L2. EVOLUCIÓN y TRATAMIENTO: La paciente permanece ingresada en el servicio de traumatología durante una semana con tratamiento analgésico y ortesis: Collarín rígido y corsé Jewett. Actualmente mantiene dichas ortesis, reposo relativo y con ayuda para realizar las actividades básicas.

Conclusiones:

En este caso de politraumatismo de alta energía no se objetivaron las fracturas de C1, L1 y L2 hasta la realización del TAC. En caso de que el TCE no se hubiera producido no se habría indicado la realización de un TAC de cráneo, la fractura de C1 habría pasado por alto y el tratamiento requerido al alta no habría incluido un collarín rígido. Las complicaciones derivadas de una fractura vertebral cervical implican lesiones medulares que incluso ponen en riesgo la vida del paciente. Nos planteamos por tanto protocolizar la indicación de realizar un TAC cervical en accidentes de alta energía.

P-1773

NO SOLO ES UN DOLOR TORÁCICO...

**MC Cabrera Martínez (1), P Valverde Vallejo (1),
MM Becerra Mayor (1), V Becerra Mayor (2), I Correa Rosales (1),
V Parent Mathias (1), A Rando Jiménez (1)**

(1) Hospital Regional de Málaga, (2) Hospital Línea de la Concepción. Cádiz

Palabras Clave: isquemia mesentérica, infarto de miocardio, dolor abdominal

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Se trata de una mujer de 85 años alérgica a ácido acetil-salicílico, con antecedentes personales de hipertensión arterial, miocardiopatía hipertensiva, adenocarcinoma de recto intervenida hace un año con radioterapia preoperatoria, desestimado tratamiento con quimioterapia. Antecedentes quirúrgicos colestectomía, apendicectomía. Su tratamiento es paracetamol/tramadol, bisoprolol, torasemida, olmesartan/amlodipino/hidroclorotiazida. Consultaba por dolor centrotorácico opresivo de tres horas de evolución que se irradia a epigastrio asociando náuseas y vómitos. No fiebre. A la exploración la paciente está afectada por el dolor, escala visual analógica de dolor 7/10, regular estado general eupneica en reposo, normocoloreada, 105/75, a 80 latidos por minuto. La auscultación cardiopulmonar con soplo sistólico resto anodino, llamando la atención un abdomen blando depresible doloroso a la palpación profunda en hemiabdomen derecho sin defensa clara, empastamiento con escasos ruidos intestinales, bolsa de colostomía normofuncionante, extremidades inferiores edemas con fovea positiva. En el electrocardiograma practicado a su llegada se objetiva fibrilación auricular con respuesta ventricular controlada con descenso de ST en cara inferior-lateral, se administra nitroglicerina sublingual persistiendo sintomatología, los resultados analíticos se evidencian positividad en enzimas cardíacas, pero la paciente a pesar de tratamiento vasodilatador y analgésico persisten dolor abdominal y episodios de vómitos, practicándose ecografía y TAC de abdomen informándose de trombosis de arteria mesentérica superior con repermeabilización posterior. Se informa a la familia del mal pronóstico y se ingresa para mantener medidas de confort. Juicio Clínico: Isquemia mesentérica evolucionada. Infarto agudo de miocardio inferolateral no Q evolucionado.

Conclusiones:

Podemos concluir que la isquemia mesentérica en algunos pacientes puede presentarse manifestaciones de isquemia sincrónica en otras áreas del organismo. Presentamos este caso dada la coincidencia en la misma paciente de isquemia arterial mesentérica y coronaria, a pesar de evidenciar daño miocardiaco la clínica de dolor abdominal imperaba en la clínica de la paciente y es por ello que se debe sospechar la isquemia intestinal para ser lo más precoces posible para llegar a un diagnóstico definitivo, dado el mal pronóstico que tiene esta entidad. Sobre todo en pacientes con factores de riesgo, edad mayor de 60 años, antecedentes de fibrilación auricular, infarto reciente de miocardio como ocurre en el caso que nos ocupa.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1775

NO TODO DOLOR LUMBAR ES LUMBALGIA

M Picans Saurino (1), J Pérez Hopkins (2)

(1) Hospital Universitario de Burgos, (2) Centro de Salud Villaviciosa. Madrid

Palabras Clave: lumbalgia, aneurisma, retroperitoneo

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

La mayoría de los episodios de dolor lumbar son mecánicos. Sin embargo, cerca de un 10% presentan otros procesos como causas viscerales extrarraquídeas. La importancia del diagnóstico radica en que su evolución puede ser muy grave, teniendo un tratamiento específico y diferente. Presentamos a un paciente varón de 85 años con antecedentes de alergia al yodo, hipertensión, síndrome coronario agudo sin elevación del ST en 2006. Enfermedad de tres vasos con revascularización percutánea. Doble lesión mitral. Fibrilación Auricular. Tratamiento habitual: Acenocumarol, cuádruple terapia antihipertensiva, parche de nitroglicerina, Ácido acetilsalicílico y Omeprazol. Traído a Urgencias por dolor lumbar de 3 días de duración de intensidad progresiva hasta despertarlo, con diaforesis, hipotensión y taquicardia sin dolor torácico. En urgencias extrahospitalarias al registrar fibrilación auricular rápida administran Amiodarona presentándose en Urgencias buena respuesta ventricular, normotensión y como única sintomatología, persistencia de dolor lumbar administrándose cloruro morfíco. Examen físico: Tensión Arterial 110/60 mmHG. Frecuencia cardíaca 100 lpm. Saturación de 93% con máscara de Venturi. Afebril. Tórax: soplo sistólico aspirativo II/VI en ápex, murmullo normal. Abdomen: Blando depresible. No doloroso. Resto normal. Pruebas complementarias Electrocardiograma: fibrilación auricular a 120 lpm. Eje a 15°. QRS estrecho. Bloqueo de rama derecha. Q en III y AVF ya presentes en previos. Evoluciona desfavorablemente durante las primeras horas del ingreso, aumenta dolor lumbar y ahora inestabilidad hemodinámica, se realiza tomografía tóraco abdominal donde se observa aneurisma a nivel de aorta abdominal con hematoma retroperitoneal por lo que se avisa a cuidados intensivos y se inicia reposición hidroelectrolítica intensa, así como manejo con aminos para intentar estabilizarlo hemodinámicamente sin embargo intentos resultan infructuosos falleciendo el paciente.

Conclusiones:

Se denomina aneurisma de la aorta abdominal a la dilatación de la aorta infrarrenal 3 cm de diámetro. Algunas presentaciones de aneurisma aórtico abdominal roto son difíciles de reconocer. En pacientes con ruptura hacia el retroperitoneo pueden atribuir los síntomas a otras causas, sin embargo se tiene que tener en cuenta en el diagnóstico diferencial, ya que es una causa importante de mortalidad en la población general.

P-1777

ENFISEMA SUBCUTÁNEO, SIGNO DE AVISO DE PATOLOGÍA GRAVE

A Martínez Alcaraz (1), E Belinchón de Diego (2), JR Toledo Gómez (2), P Fernández Iglesias (2), B Bellón López (3)

(1) Complejo Hospitalario Albacete/Emisan, (2) Hospital Virgen de La Luz. Cuenca, (3) Complejo Hospitalario de Albacete

Palabras Clave: intubación, enfisema subcutáneo, rotura traqueal

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

La rotura traqueal tras la intubación orotraqueal es extremadamente rara, con una incidencia de 0,005%. El origen más frecuente es por lesión traumática en cuello y torax. La rotura traqueal tras la intubación orotraqueal es más frecuente en mujeres, mayores de 50 años, influyen de forma decisiva factores mecánicos como el sobreinflado del manguito neumático del tubo endotraqueal, factores anatómicos y factores individuales no bien aclarados. El enfisema subcutáneo y el distres respiratorio nos ayudan en la sospecha diagnóstica. Paciente: Acude a urgencias paciente mujer 76 años con un llamativo enfisema subcutáneo, de localización en esclavina, torax, cuello y cara. Refiere como único sintoma ligera dificultad respiratoria. Sat O2 sin aporte externo O2 98%. El único antecedente que la paciente presenta es una cirugía artroscópica de hombro dcho el día previo, que se realizó bajo anestesia general on intubación orotraqueal. Tras la cirugía la extubación se llevo a cabo sin incidentes y su evolución fue buena por lo que se dio de alta el mismo día de la cirugía. A la llegada a urgencias no presenta fiebre ni ningún síntoma que sugiera infección. La analítica es absolutamente normal. Se realiza radiografía simple de torax postero anterior donde se evidencia neumomediastino y enfisema subcutáneo. El TAC visualiza ruptura de la pars membranosa del tercio distal de la traquea y gran neumomediastino, así como enfisema subcutáneo. Se decide traslado al hospital de referencia para cirugía torácica sin mayor instrumentación debido a la estabilidad hemodinámica y saturación O2 adecuada de la paciente. En el hospital destinatario se intervino a las 24 h de su traslado de forma reglada donde se reparó la lesión.

Conclusiones:

El enfisema subcutáneo es un signo que alarma sobre patologías potencialmente graves. La rotura traqueal tras intubación traqueal es rara. El sobreinflado del balón del tubo endotraqueal es la causa más frecuente, sin embargo factores mecánicos, anatómicos y factores individuales no bien definidos influyen. En su diagnóstico influye de forma decisiva la radiología y la exploración con fibrobroncoscopio.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1778

LO IMPROBABLE DE UN DIAGNÓSTICO NO LO EXCLUYE COMO POSIBILIDAD

P Matías Soler, JL Lechuga Martos, M Peiró-Camaro Adán, N Aguirre Juaristi, J Otero de Pablos, D Oteo Mata, R Cuervo Pinto

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Palabras Clave: esclerosis múltiple, íleo adinámico, neoplasia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 46 años con antecedentes personales de Esclerosis Múltiple Secundariamente Progresiva, con dificultad para deambular e inestabilidad progresiva. Vejiga y colon espásticos. Dependiente para las ABVD. En tratamiento dentro de un ensayo clínico con Siponimod y Amantadina. Acude a Urgencias por estreñimiento de 2 meses de evolución con empeoramiento en los últimos 4 días pese a movicol. Afebril. Exploración Física: Afebril. TA: 135/95mmHg FC 102lpm. Abdomen: doloroso a la palpación profunda en hemiabdomen izquierdo y FID. Sin signos de irritación peritoneal. Resto sin alteraciones Analítica: PCR:2,39, N:132, LDH:756, Resto normal Rx abdomen a la llegada: no niveles. Presencia de gas distal. Durante el ingreso el cuadro clínico empeora progresando a suboclusión intestinal por lo que conjuntamente con Cirugía General se pauta Neostigmina 0,5 mg intravenoso. Tras la administración comienza con dolor y temblor palpebral y dificultad para el habla por lo que se realiza en Urgencias TAC Abdominal diagnosticándose de obstrucción intestinal secundaria a engrosamiento concéntrico de pared de sigma posiblemente por proceso neoplásico. Se cursó ingreso a cargo de Medicina Interna donde se suspende Siponimod y se realiza colonoscopia para toma de muestra broncoaspirándose la paciente durante el proceso de recuperación de la prueba con fallecimiento por shock séptico un día después.

Conclusiones:

El tratamiento actual de los cuadros de estreñimiento en relación a íleo paralítico se basa en dieta, enemas y procinéticos. Una alternativa para esta patología sería la Neostigmina que podría ser válida en casos como este dado su efecto anticolinesterásico. Dada la edad, antecedentes personales y contexto clínico la sospecha tumoral no sería el primer diagnóstico a descartar. Existen estudios que hablan de una menor relación en pacientes con esclerosis múltiple y procesos neoplásicos a excepción de patología tumoral cerebral y urinaria. Sin embargo casos como el presentado ponen de relieve que los diagnósticos más probables no son siempre los que corresponden a nuestros pacientes y que atribuir un deterioro funcional motor intestinal a un cuadro obstructivo en una paciente joven debe ser en muchos casos un diagnóstico de descarte al que se llegue tras las pruebas complementarias pertinentes y no previo a su realización.

P-1779

RCP EN EMBARAZADA Y CESÁREA URGENTE

A Ayestarán Masó, C Gago Bellido, A Vigo Peiró, V Alcover Medina, E Corada Molina, C Martín Pellús, J Villalonga Musoles

Hospital de Liria. Castellón

Palabras Clave: cesárea, RCP, disección aórtica

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 22 años gestante de 37 semanas acude a urgencias en situación de parada cardiorespiratoria. Ante la situación de parada cardiorespiratoria se inicia inmediatamente reanimación cardiopulmonar avanzada según el protocolo. Por la situación de avanzada gestación y tras detectar latido cardíaco fetal por ecografía se procede a realizar durante la RCP materna una cesárea de urgencia en sala de vitales, naciendo neonato de sexo femenino con Apgar de 0. Se procede a realizar al mismo tiempo en camilla contigua a la madre, RCP al neonato. También realizamos anamnesis al marido de la paciente, que nos aporta la siguiente información: No había antecedentes previos patológicos, ni alergias medicamentosas ni toma de medicación. La gestación se había llevado a cabo correctamente sin complicaciones y siguiendo todos los controles sin incidencias. Refiere que unas horas antes de acudir a urgencias la paciente tuvo un episodio de mareo inespecífico, malestar y mareo, que cedieron parcialmente. Luego al ir al servicio presentó una caída súbita al suelo con pérdida de conocimiento, sin recuperación, por lo que fue llevada en coche al hospital inmediatamente tardando unos 10 minutos. Finalmente, a pesar de todas las medidas la RCP no fue efectiva para la madre ni para la hija, siendo éxitus. Posteriormente en la autopsia se detectó una disección aórtica en la madre, como causa de la parada cardíaca.

Conclusiones:

Es importante determinar la edad gestacional para establecer el enfoque de la reanimación. Es imprescindible hacer una rápida valoración y realizar si está indicada la cesárea lo antes posible para mejorar el pronóstico del neonato. También hay que recordar la realización de una RCP de calidad. En hospitales como el nuestro, en el que no hay Pediatría, y Ginecología está de guardia localizada, es necesario que haya formación del personal de urgencias en esta materia y buscar colaboración por parte de los especialistas con los que contamos: cirujanos, anestesiólogos, personal de SAMU.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1781

SANGRADO INTRACRANEAL TARDÍO CON RESULTADO FATAL, ¿NECESITAMOS UN CAMBIO EN LA ESTRATEGIA DE MANEJO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE EN ANTICOAGULADOS?

MD Freire Aragón, Z Ruiz de Azúa, A Sánchez Canto,
JJ Egea Guerrero

Hospital Rehabilitación y Traumatología Virgen del Rocío. Sevilla

Palabras Clave: mild traumatic brain injury, anticoagulation, delayed intracranial hemorrhage

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 78 años con hipertensión arterial y fibrilación auricular crónica en tratamiento anticoagulante (ACO) con acecumolol. Sufre caída accidental de propia altura con traumatismo craneal y pequeña herida incisocontusa parietal. Con Glasgow Coma Scale (GCS) 15 puntos en la valoración inicial, el paciente refiere que no existió pérdida de consciencia, tampoco asocio amnesia del episodio, náuseas o vómitos, ni cefalea holocraneal. A su llegada INR 3,6 y TAC craneal sin lesión hemorrágica intracranial. Tras observación bajo monitorización (24 horas), es alta a domicilio con nueva pauta de ACO (INR 1,7 al alta). Horas más tarde presenta en domicilio cuadro de cefalea holocraneal y pérdida de consciencia. Con GCS de 5 puntos y midriasis bilateral arreactiva, el nuevo TAC craneal muestra voluminoso hematoma subdural hemisférico izquierdo con efecto masa y desviación de línea media de 2 cm. Se desestima intervención quirúrgica con evolución a muerte encefálica. Presentamos un caso de sangrado intracranial tardío en paciente mayor ACO que sufre TCE leve con TAC inicial normal -estrictamente se trataría de traumatismo craneal y no TCE-, desafortunadamente con resultado fatal. Es un fenómeno con baja incidencia (5.8-72 por 1000 casos). Existen estudios que lo relacionan con niveles de INR >3, sin embargo una reciente revisión no ha mostrado una clara asociación dado que ha sido descrito con niveles de ACO infraterapéuticos. Los protocolos de manejo de TCE leve en ACO varían entre centros, desde alta con recomendaciones tras TAC inicial normal, hasta TAC programado de seguimiento tras un periodo de observación.

Conclusiones:

Entendemos que los casos de sangrado intracranial tardío causan inquietud entre los clínicos, especialmente cuando el retorno para nueva valoración asocia repercusión clínica. Esto puede llevar a replantear los protocolos de indicación de TAC de seguimiento o ampliar horas de observación hospitalaria. Sin embargo, dada la baja tasa de detección de sangrado descrita en TAC programado de seguimiento, impide establecerlo dentro del manejo habitual. Por otro lado, el sangrado tardío puede variar de horas a días, lo que dificulta establecer un periodo razonable de observación. Quizás, estudios más exhaustivos de la vía de coagulación/fibrinólisis en un futuro, permitan realizar una estratificación de riesgo individual.

P-1782

UN CATARRO QUE TERMINA EN QUIRÓFANO. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN URGENCIAS

M Varela Patiño (1), M Sanz Almazán (1), B Antón González (2),
MS Sánchez Guevara (1), R Ruiz Merino (1), M García Revuelta (1)

(1) Centro de Salud Arturo Eyries, (2) Centro de Salud Huerta del Rey. Valladolid

Palabras Clave: foreign bodies, medical errors, postoperative complications

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Descripción del caso: Antecedentes personales: Mujer de 53 años. Sin alergias medicamentosas conocidas. Intervenciones quirúrgicas: apendicectomía, cesárea, colecistectomía (2013). Motivo de consulta: acude al Servicio de Urgencias Hospitalario por presentar desde hace más de 2 semanas malestar general, astenia y fiebre hasta 39 grados. Sin mejoría con tratamiento sintomático con antipiréticos. Refiere además disnea, no se acompaña de tos ni expectoración. Exploración física: TA: 134/86 mmHg, FC: 98 lpm, T°: 39,6°C. Orofaringe normal, no adenopatías. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: blando, depresible, dolor a la palpación en hipocondrio derecho, timpanizado, no signos de peritonismo, no se palpan masas ni visceromegalias. Puño percusión renal derecha positiva. Exploraciones complementarias: Sistemático de sangre y bioquímica: 9.700 leucocitos con 70.9% neutrófilos, Sodio: 129, Potasio: 3,1, GPT: 37, GGT: 235, PCR: 289, resto sin hallazgos. Sistemático de orina normal. Radiografía de tórax: nivel hidroaéreo en hipocondrio derecho. TC de abdomen urgente: absceso perihepático entre pared abdominal anterior e hígado con efecto compresivo (15x8x19). En su interior se observa material lineal hiperdenso en probable relación con oblitto quirúrgico. Condiciona elevación de hemidiafragma derecho con atelectasia basal pasiva. Resto de la exploración normal. Ante los hallazgos se realiza interconsulta a Cirugía General que realiza cirugía urgente. Diagnóstico diferencial: colangitis aguda, infección urinaria, cólico nefrítico, infección respiratoria. Diagnóstico: Absceso hepático por oblitto quirúrgico.

Conclusiones:

El oblitto quirúrgico es una complicación postoperatoria grave, poco frecuente, pero en la mayoría de los casos evitable. Su clínica y hallazgos radiológicos inespecíficos hacen que el diagnóstico se retrase y evolucione con complicaciones graves: perforaciones, adherencias a órganos vecinos, etc. Conlleva una importante repercusión médico-legal. En quirófano existen protocolos de prevención como son: el uso de marcadores radiológicos, la rutina de conteo pre y postoperatorio, etc. Es importante incluir el oblitto quirúrgico como diagnóstico diferencial en las masas o dolores abdominales, en pacientes con antecedentes de intervención quirúrgica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1783

EPIGASTRALGIA

N Rincón Valero, L Rivera García, A López Alonso, A Langa Fernández, S Charro Alonso, E Tovar Salazar, A García Noriega

Hospital de Cabueñes. Gijón, Asturias

Palabras Clave: hernia diafragmática congénita, hernia hiatal, dolor abdominal.

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón, 64 años sin alergias. Exfumador. Hipertenso. Cólicos nefríticos de repetición. Presenta dolor epigástrico, retroesternal súbito, intenso desde hace 1h en reposo, cuando iba en autobús, no traumatismos. Náuseas y vómitos. Afebril, hipotenso. Muy afectado por dolor, pálido y sudoroso. Taquipneico. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen: dolor intenso a palpación en epigastrio. Extremidades superiores con pulsos rítmicos y simétricos. Pulsos distales presentes. Dada la gran afectación del paciente se administra morfina y midazolam. Realizamos analítica y TAC urgente para descartar disección de aorta. En TAC: voluminosa hernia diafragmática a través de la cual se introducen abundantes asas de intestino delgado, y gran parte del meso. Severa dilatación gástrica, duodeno y yeyuno proximal. Compresión cardíaca por la hernia, afectando aurícula izquierda. No líquido libre intraabdominal. Realizamos interconsulta a Cirugía, que decide laparotomía urgente donde observan obstrucción por hernia diafragmática derecha que incluye epipión, intestino y antro gástrico condicionando obstrucción y distensión gástrica con perforación. Malrotación intestinal. Se realizó reducción y sutura gástrica. Postoperatorio favorable. Durante el ingreso, se realiza RM de control observándose hernia diafragmática, conteniendo fundus gástrico y líquido circundante. Esófago desplazado por la hernia. Endoscopia digestiva alta: gastritis erosiva, por estómago de retención. Gran hernia de hiato con píloro permeable. Tras 25 días ingresado es dado de alta, diagnosticado de hernia diafragmática congénita, malrotación intestinal. Perforación gástrica secundaria a hernia.

Conclusiones:

La hernia diafragmática congénita presenta una incidencia muy baja en la población, permaneciendo asintomática hasta la edad adulta. Aún menos frecuente es la herniación de contenido gástrico, epipión e intestino delgado a su través (hernia paraesofágica mixta), con el riesgo de producir una incarceration, estrangulación y perforación gástrica, como ocurrió en nuestro caso. Ante un dolor epigástrico intenso, con cortejo vegetativo las posibilidades diagnósticas son variadas, tendiendo a pensar en la patología más frecuente (IAM, disección de aorta) y no pensando en complicaciones como ésta. Con este caso, queremos ampliar nuestro abanico de diagnósticos diferenciales así como destacar la importancia de técnicas de imagen urgentes (TAC) para un abordaje terapéutico temprano que puede salvar la vida del paciente.

P-1784

DOLOR ABDOMINAL DERECHO (ALGO MÁS QUE APENDICITIS)

J Pérez Hopkins (1), M Picans Saurino (2), M Buceta Picasso (3)

(1) Centro de Salud Villaviciosa, (2) Hospital Universitario de Burgos, (3) Centro de Salud Ramón y Cajal. Madrid

Palabras Clave: apendicitis, diverticulitis, abdominalgia derecha

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

El dolor abdominal agudo representa un auténtico desafío para el médico. Incluso los más expertos con frecuencia interpretan la condición clínica del paciente de un modo equivocado, la probabilidad de orientar correctamente el cuadro aumenta con una historia clínica, un examen físico minucioso y adecuadas pruebas complementarias. Relato Presentamos a un paciente varón de 57 años con antecedentes de vértigos, ansiedad. Fumador con consumo acumulado de 40 años paquete con hábito enólico, en tratamiento habitual con Betahistina y Lorazepam que acude por dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho de 3 días de evolución asociado a náuseas sin vómitos ni fiebre. Última deposición ese día escasa, de consistencia y color habitual. Examen físico: Hemodinámicamente estable consciente y orientado con abdomen plano. Ruidos hidroaéreos presente. Blando, depresible, dolor a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho. Blumberg positivo En la analítica destacaba leucocitosis con proteína C reactiva elevada con serie roja, bioquímica y examen de orina normales. Las radiografías de abdomen y tórax fueron normales. Como primera posibilidad se baraja apendicitis aguda sin poder descartar otras causas de dolor abdominal en fosa ilíaca derecha por lo que se pide Ecografía abdominal resultando hallazgos que sugieren diverticulitis cecal ingresando a cirugía y siendo tratado de forma conservadora con evolución favorable, respondiendo al tratamiento antibiótico, con desaparición del dolor, recuperación de la tolerancia oral, normalizando la analítica, siendo dado de alta a los 9 días.

Conclusiones:

La diverticulitis derecha es una enfermedad mucho menos frecuente en Occidente que en Oriente. La prevalencia de divertículos en el colon derecho es de un 6 a un 14 % en los países occidentales de los cuales sólo un 1.5% presentan diverticulitis. El diagnóstico se realiza con gran frecuencia durante una apendicectomía, ya que la clínica es difícil de diferenciar de la de apendicitis aguda. En otras ocasiones, el diagnóstico se lleva a cabo con técnicas de imagen. El tratamiento es algo controvertido, planteándose varias posibilidades terapéuticas que incluyen desde formas conservadoras a técnicas quirúrgicas más resectivas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1785

TRAUMATISMO ABDOMINAL Y HEMATURIA: DAÑO RENAL

C de León Rivas, R Hernando Fernández, A González San Emeterio, A Robles Amieva, D López Fernández, V Acosta Ramón, B Sainz Santos

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras Clave: heridas y traumatismos, urología, hematuria

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: El 80% de los traumatismos genitourinarios valorados en Urgencias son debidos a traumatismos cerrados secundarios a accidentes de tráfico, precipitados o traumatismos torácicos bajos. Los riñones son el órgano más afectado, aunque suele requerir impactos de alta energía, con lo que es frecuente la presencia de otras lesiones intraabdominales concomitantes. La clínica sugestiva de daño renal suele ser bastante inespecífica: hematoma, dolor abdominal o en flancos, fracturas costales o macrohematuria. **OBJETIVOS:** Los traumatismos urológicos rara vez suponen una amenaza grave, pero ante un traumatismo de bajo impacto puede llegar a producirse una disección vascular o avulsión del pedículo produciéndose una hemorragia secundaria con compromiso renal o incluso vital. **PACIENTE Y MÉTODOS:** Mujer de 55 años, obesa, sin antecedentes de interés. Remitida a Urgencias por dolor abdominal secundario a traumatismo (caída accidental desde una silla) 3 días antes. A su llegada a Urgencias, afebril, TA 130/75, FC 80lpm. A la exploración, abdomen globuloso, depresible, doloroso en HCD y flanco derecho, masa no pulsátil en flanco derecho sin datos de peritonismo. **RESULTADOS:** Analítica: Hb 11.1, Hcto 33.2%. Se solicita Ecografía abdominal urgente informada como masa heterogénea en parénquima renal derecho de 13 cm de diámetro con sangrado intralesional. Permanece en observación e ingresa en Urología para estudio mediante TAC toraco-abdominal con contraste, objetivándose tumoración en cara anterior de riñón derecho de 14cm de diámetro máximo compatible con hipernefoma, que contacta con planos musculares, hígado y duodeno sin infiltrarlos. Se programa para nefrectomía radical derecha y se diagnostica de carcinoma de células claras (pT3a)

Conclusiones:

Está indicado el estudio de imagen mediante TAC con contraste ante la sospecha de daño renal (traumatismos cerrados con macrohematuria, microhematuria y shock o traumatismos de alta energía). En el caso de alta sospecha de afectación vesical, la ecografía (FAST) pierde sensibilidad. El reconocimiento y manejo precoz son vitales para reducir la comorbilidad asociada (sangrado, pseudoaneurisma, fallo renal agudo o necesidad de hemodiálisis) La necesidad de intervención quirúrgica ante el traumatismo renal dependerá de la severidad del daño mediante la clasificación de la AAST.

P-1786

FRACTURA ABIERTA DE TOBILLO TRAS ACCIDENTE DE TRÁFICO

N Campos Olivé, R Díaz Contrera, M Martínez Fort, S González Caminero, G Prado Paz, M García Zurita, A Gallego Peris

Hospital de Manises. Valencia

Palabras Clave: accidentes de tránsito, fijación de fractura, traumatología

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Introducción: Se expone un caso clínico de un paciente que por la gravedad del accidente parecía tratarse de un politraumatizado. En urgencias son frecuentes los accidentes de tráfico más banales, no así los tráficos graves. **Objetivo:** Hay que explorar a los pacientes que han sufrido un accidente de tráfico de manera exhaustiva, pues pueden esconder patología grave no evidente en un primer momento. Pero, la evidente, como fracturas abiertas de miembros, pueden ser muy graves si no se tratan tempranamente. **Material y métodos:** Hombre de 36 años, conductor de un camión. Coalición con otro camión. No pérdida del conocimiento. Atrapamiento que requirió intervención de los Bomberos, Guardia Civil y SAMU. **Antecedentes:** Alergia a Penicilina. No antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Alcohol ocasional.. **Anamnesis:** Refiere coalición con otro camión a unos 70 km por hora aproximadamente. No pérdida del conocimiento. Dolor e impotencia funcional de miembro inferior izquierdo. Resto sin interés. **Exploración** Hemodinámicamente estable. **Columna Vertebral:** sin hallazgos patológicos objetivados. **CyC:** inmovilización con collarín, resto si interés. **Tórax** sin deformidad. **ACP** normal. **ABD:** blando, depresible, no dolor a la palpación, no masas ni megalias, no peritonismo. **Cintura pelvica** estable. **MMSS** sin deformidad. **MII:** Fractura luxación abierta de tobillo. **Neurológico** sin focalidad. **radiografías** del raquis sin interés. **Radiografía** de MII, fractura luxación abierta tobillo, fractura cerrada diafisis de peroné. **Resultados:** Juicio clínico: Fractura luxación abierta de tobillo. Fractura Cerrada diafisis de peroné. Luxación tibio peroné astragalina. **Tratamiento y Evolución:** Previa asepsia, antisepsia, bajo raquianestesia, reducción y fijación mediante placa y tornillo cortical, reanclaje ligamentoso deltoideo. Cierre de la herida mediante grapas. Férula suropedica.

Conclusiones:

Ante un accidente de tráfico, se debe considerar al paciente como politraumatizado hasta que no se demuestre lo contrario, realizando una exploración exhaustiva, y que las fractura evidentes no nos despierten para ver otras lesiones más graves, aunque en este caso, esas eran las únicas lesiones, graves si no se tratan correctamente y en tiempo.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1787

DOCTOR, QUÉ DOLOR DE TRIPA

J Lara Lara, R Santiago Gómez, P Barbero Barbero,
J Quenata Romero

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Madrid

Palabras Clave: isquemia, dolor, cólico

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente masculino de 57 años de edad con antecedentes enólicos desde hace 21 años en tratamiento hasta 2 meses con COLEM por deshabitación que acude por presentar dolor abdominal de tipo punzante localizado en mesogastrio y fosa iliaca derecha, continuo que no se irradia de pocas horas de evolución sin otro concomitante. Al examen físico: Tensión arterial: 145/87 Frecuencia Cardíaca: 90 lpm, Temperatura: 36 °C, Sat O2: 97. Tórax simétrico normoexpansible, ruidos respiratorios presentes y simétricos sin agregados, ruidos cardíacos rit. Abdomen doloroso en región mesogastrio y fosa iliaca derecha con bloomberg (+) y signos de irritación peritoneal, resto sin alteraciones. Analítica HB: 16,1 Leucocitos 35,900, Neutrófilos 33000, Plaquetas: 110000 PCR: 0,29 LDH: 309 RX: Tórax sin alteraciones, abdomen heces y gas de distribución normal ECO abdominal: Se observa interrupción brusca del realce de contraste en la arteria mesentérica superior. Ante dicho hallazgo se decide realizar TAC TAC abdominal en fase arterial: Se evidencia a la presencia de oclusión completa de la luz de la Arteria Mesentérica Superior a 5 cm de su origen de la aorta extendiéndose por lo menos a dos de sus ramas en relación con embolo o trombo intraluminal. Diagnóstico: Trombosis de la arteria mesenterica Paciente es ingresado en el servicio de Cirugía y llevado a quirófano pasando posteriormente a UCI, siendo posteriormente reintervenido por mala evolución clínica, tras la segunda intervención evoluciona favorablemente pasando posteriormente a planta de cirugía donde fallece posteriormente.

Conclusiones:

La isquemia intestinal es una condición clínica que aparece cuando el flujo sanguíneo del territorio mesentérico se hace insuficiente, con una alta prevalencia, representando el 5% de la mortalidad hospitalaria. La isquemia mesentérica aguda se produce por una disminución del aporte sanguíneo dependiente de la arteria mesentérica superior afectando el intestino delgado y al colon ascendente, 1/3 de todas las isquemias intestinales suelen tener mal curso representando 1 de cada 1000 ingresos hospitalarios con una mortalidad del 60%, de allí la importancia de la sospecha clínica y el pronto diagnóstico de la misma.

P-1788

OTRAS CAUSAS DE ABDOMEN AGUDO EN URGENCIAS. ENDOMETRIOSIS CECAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Mª L Morales Cevidane, V Morell Jiménez, E Caro Vázquez,
M Pérez Peinado, E Rosell Vergara, A Varo Porras

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Palabras Clave: endometriosis, dolor abdominal, apendicitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: La endometriosis es una enfermedad caracterizada por la presencia fuera de la cavidad uterina de tejido endometrial. Afecta con mayor frecuencia a mujeres en edad fértil. Aunque las localizaciones más frecuentes son genitales (ovarios, ligamento ancho, úterosacro, tabique rectovaginal, etc.) también puede afectar a muchos órganos extragenitales, siendo la gastrointestinal la más frecuente. **CASO CLÍNICO:** Mujer de 32 años sin A.P. de interés que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal cólico de 24 horas de evolución, de moderada intensidad, iniciándose en epigastrio y acompañado de distensión abdominal, sensación distérmica, malestar general, náuseas y vómitos. El dolor aumentó de intensidad horas antes de su llegada al servicio de urgencias y sin mejoría tras la toma de analgesia v.o. en domicilio. A la exploración física, la paciente se encontraba estable, con abdomen distendido, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha. Blumberg dudoso y sin claros signos de irritación peritoneal. En la analítica destacaba leucocitosis 16.700 cel./mm3 con neutrofilia y linfopenia. Bioquímica y coagulación normal. Se realizó Rx de abdomen, evidenciándose dilatación de asas intestinales. La ecografía realizada en urgencias demostró apéndice no comprimible mayor de 6 mm de diámetro, aumento de la ecogenicidad de la grasa mesentérica y discreta cantidad de líquido periapendicular. Ante el diagnóstico de apendicitis aguda la paciente fue intervenida de forma urgente. La evolución clínica fue satisfactoria y la paciente fue dada de alta a los 3 días. El estudio anatomopatológico evidenció focos de endometriosis.

Conclusiones:

DISCUSIÓN: La endometriosis extrapélvica es una entidad poco frecuente. La afectación del apéndice cecal, pese a su cercanía a los órganos pélvicos, es muy inusual. El cuadro clínico se puede presentar de forma asintomática, pero también como obstrucción del intestino o apendicitis aguda. El diagnóstico definitivo de endometriosis solamente se puede realizar a través del estudio histopatológico de la pieza obtenida por laparoscopia o laparotomía ante la presencia de tejido endometrial ectópico funcional (glándulas y estroma), con presencia o no de hemorragia. Como la mayoría de las pacientes con endometriosis son mujeres jóvenes en edad fértil, el tratamiento debe preservar la fertilidad, siendo de elección el tratamiento médico (anovulatorios, estrógenos o agonistas de hormonas liberadoras de gonadotropinas). La ooforectomía con o sin histerectomía se considera el tratamiento definitivo cuando el mantenimiento de la fertilidad no es relevante.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1789

HEMATURIA ASINTOMÁTICA TRAS ATROPELLO

C Gil Sánchez, AM Comino García, A Fernández Callejón,
A Izquierdo Gomar, I Cañizares Sánchez, EJ Emmanuel Tejero

Hospital La Línea. Algeciras, Cádiz

Palabras Clave: traumatismo múltiple, hematuria, accidentes de tránsito

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente mujer de 79 años que acude a urgencias por sus propios medios, tras haber sido atropellada por un coche al ir a tirar la basura a un contenedor. Refería como única sintomatología una coxalgia izquierda. Exploración física: buen estado general, consciente, orientada y colaboradora, Glasgow 15/15, no focalidad neurológica. Hemodinámicamente estable. Auscultación cardiaca: rítmica a 80 lpm, auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Abdomen blando, depresible, no doloroso, no defensa abdominal, dolor a la palpación a nivel de musculatura paravertebral cervical bilateral, movilidad de cadera izquierda conservada con hematoma a nivel de región glútea izquierda y cara lateral de cadera izquierda. Tras realizar las pruebas complementarias consistentes en analítica y estudio radiológico, la paciente presentó hematuria macroscópica franca a la micción espontánea. Ante este hallazgo y a pesar de no presentar ningún síntoma, se realizó un TC abdominopélvico con el siguiente resultado: sangrado en retroperitoneo, adyacente a psoas izquierdo, que desciende caudalmente hasta pelvis, situándose en mayor cuantía anterior a vejiga. Fractura de rama iliopubiana e isquiopubiana izquierdas. Fractura ala sacra izquierda. Fractura hueso ilíaco izquierdo no desplazada. Se realiza sondaje con folley 18. Analítica: Hemograma: Hb 9,7, hematocrito 28,3, leucocitos 4100, neutrófilos 77,9%, Linfocitos 16,1%, plaquetas 159000. Coagulación normal. Bioquímica: Glucemia 120, función renal normal, no otras alteraciones. Con estos diagnósticos y en las siguientes dos horas, la paciente sufrió de forma brusca empeoramiento clínico e inestabilidad hemodinámica que requirió intervención quirúrgica urgente por parte de Urólogos y Cirujanos, objetivándose un gran hematoma en cavidad abdominal secundaria a la rotura traumática de la vejiga.

Conclusiones:

La presentación de este caso clínico tiene como objetivo destacar la importancia en la elaboración de una buena Historia clínica en pacientes que acuden al servicio de urgencias tras un traumatismo y ser lo más exhaustivos posibles en la búsqueda de posibles lesiones y complicaciones en función del grado energético del mecanismo de producción del impacto.

P-1790

SÍNDROME MEDULAR AGUDO SECUNDARIO A HEMATOMA EXTRAMEDULAR ESPONTÁNEO

C Pérez Ductor, G Hernández Comes, MJ Llarre Muñoz, C Gargallo Maicas, V Carro García, MC Sala Sáinz, J Precioso Costa

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

Palabras Clave: hematoma extramedular espontáneo, compresión medular, anticoagulación

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 71 años con antecedentes de HTA, DM2, cardiopatía isquémica cónica, endoprótesis aórtica y FA permanente anticoagulada con sintrom, que acude a urgencias por cervicalgia intensa tras flexión brusca del tronco hacia delante con posterior debilidad muscular progresiva y alteración sensitiva, de una hora de evolución. En exploración destaca TA: 206/104mmHg, FC: 58lpm, dolor a la palpación de espinosas C4-C7, fuerza de 0/5 en MMII con ROTs abolidos, 1/5 en proximal de MMSS y 2/5 en distal de MMSS, con nivel sensitivo mamilar. Ante ello se solita analítica con parámetros dentro de la normalidad, a excepción de Glucemia: 126 mg/dl, Hb: 11.9 mg/dl, Htc: 37%, INR: 1.95, I.Quick: 39% y tiempo de protrombina: 21seg, ECG que muestra FA a 70lpm, y RMN cervicodorsal con: colección cervicodorsal heterogénea con extensión desde C4 a T8 en una longitud de 22cm y en localización epidural-subdural posterior, comprimiendo significativamente la médula. Previamente se había administrado fentanilo como analgésico y corticoterapia iv por la sospecha de síndrome de compresión medular. Con el diagnóstico se realiza tratamiento quirúrgico urgente por traumatología de raquis, con: laminectomía C4-T5 con exéresis del hematoma, previo tratamiento con vit K iv, plasma fresco y complejo protrombínico (dado las alteraciones de la coagulación).

Conclusiones:

A pesar de que el hematoma extramedular espontáneo constituye una causa poco frecuente de compromiso espinal, hay que pensar en ello si se presenta un cuadro de dolor brusco seguido de disfunción sensitivo y/o motora, y más aún ante alteraciones de la coagulación o toma de anticoagulantes. Los hematomas espinales se clasifican en epidurales, subdurales subaracnoideos o intramedulares, y son más frecuentes entre la quinta y sexta década, predominando en varones. Se define espontáneo al que ocurre en ausencia de traumatismo o yatrogenia. Se han relacionado con multitud de factores, como las alteraciones de la coagulación, la HTA, edad avanzada, movimientos bruscos y maniobras de Valsalva, entre otros, pero sigue sin conocerse su fisiopatología y los mecanismos etiopatogénicos que los desencadenan. La RM es el método diagnóstico gold estandar y el tratamiento quirúrgico precoz el de elección, guardando relación la recuperación funcional y el pronóstico con la celeridad en el diagnóstico y tratamiento. Es por ello muy importante conocerlo.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1791

TRAUMATISMO CRÁNEO-FACIAL POR DISCO DE AMOLADORA, A PROPÓSITO DE UN CASO

L Sánchez Manzano, G Nacarino Moreno, M Neila Iglesias, MC Díaz Sánchez, E Jiménez Martínez, B Moraga Tena, IM Reveriego Fajardo

Complejo Hospitalario de Cáceres

Palabras Clave: traumatismo facial, fractura craneal, craneotomía

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: Los traumatismos craneo-faciales comprenden un porcentaje importante, y en aumento, de las urgencias hospitalarias. Etiología: (> 40%) accidentes de tráfico, (20%) accidentes domésticos, (14%) caídas casuales, (3%) accidentes laborales. Epidemiología: predominio masculino (68% de los casos), entre los 20-45 años. **OBJETIVO:** Reevaluar la exploración inicial y el diagnóstico de pacientes con traumatismos craneo-faciales con el fin de prevenir las posibles complicaciones derivadas de los mismos que pueden poner en riesgo la vida del paciente ya que suelen asociarse con fracturas craneales, hemorragias territorio facial y compromiso de vía aérea. **CASO CLÍNICO:** Anamnesis Varón de 22 años, fumador, sin otros antecedentes médicos de interés. Acude al servicio de urgencias hospitalarias por presentar herida incisa supra-auricular derecha de 4cm de longitud causada por traumatismo accidental al desprenderse el disco de la amoladora con la que trabajaba en domicilio. Actuación en Urgencias Tras examen neurológico exhaustivo sin evidencia de focalidad neurológica y una exploración de la herida descartando afectación neurovascular, se procede a la limpieza y sutura de la misma. Solicitan radiografía de cráneo y órbita: sin hallazgos patológicos. El paciente es dado de alta con las indicaciones precisas. Evolución Transcurridas 7 horas, comienza a presentar inestabilidad, desorientación y agitación acompañadas de 4 episodios eméticos, trasladándose de nuevo al servicio de urgencias, donde se objetiva Glasgow 11 con afectación motora izquierda Diagnósticos diferenciales: Hematoma Subdural/Epidural. Fractura craneal + Contusión cerebral. Hemorragia cerebral Pruebas complementarias TAC craneal: fractura hundimiento de escama temporal derecha con presencia de neumocéfalo, esquirlas óseas y cuerpos extraños (fragmentos disco de amoladora) en lóbulo temporal derecho. **RESULTADO/DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:** Fractura abierta de cráneo con contusión cerebral Resolución final Se realizó craneotomía y trepanación con evacuación de contusión y limpieza de esquirlas óseas y cuerpos extraños. Buena evolución del paciente siendo dado de alta a domicilio sin secuelas neurológicas.

Conclusiones:

Queda constancia a propósito de este caso, que la observación inicial durante las primeras 24 horas postraumáticas es esencial para el diagnóstico precoz de las posibles complicaciones derivadas de los traumatismos craneo-faciales, las cuales pueden comprometer de forma relevante la vida del paciente. Por lo tanto, anteponerse a dichas complicaciones mediante el planteamiento de un amplio diagnóstico diferencial puede evitar el retraso de su tratamiento reduciendo así la morbilidad asociada.

P-1792

LA CARA OCULTA DEL EJERCICIO FÍSICO

A Izquierdo Gomar, C Gil Sánchez, AM Comino García

Hospital La Línea. Chiclana de La Frontera. Cádiz

Palabras Clave: ejercicio, mioma, absceso tubo, ovárico

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 47 años sin alergias, no hábitos tóxicos, antecedentes de hermana fallecida por cáncer de mama con 36 años, y personales de miomas uterinos reincidentes a intervención, originando anemia crónica y metrorragia continua meses atrás. Acude a urgencias dos días después de correr maratón de 100 kilómetros, por excesivo cansancio y sensación disneica, tras correcta hidratación y descanso. En ese momento pasa a observación por insuficiencia renal aguda prerrenal con creatinina 2,5, urea 117, sodio 134, potasio 4,4, hemoglobina 9,7, leucocitos 14700 con 92% neutrófilos y 1,7% linfocitos, PCR 479. La exploración destaca sequedad de mucosas y masas abdominales palpables hasta región umbilical (compatible con miomas). Posteriormente, aparece pico febril y diarreas asociadas a dolor abdominal progresivo, se extraen hemocultivos siendo negativos, procalcitonina 5,1 y gases venosos normales. La ecografía muestra útero miomatoso. Indicamos TAC abdomino-pélvico urgente, que identifica gran tumoración dependiente de útero con posible infiltración de recto anterior. La RMN pelvis urgente, destaca múltiples miomas y hallazgos compatibles con neoplasias ováricas complejas bilaterales que invaden recto anterior izquierdo abdominal. Ante la sospecha neoplásica y marcadores elevados, CA 125, se informa a paciente y familiares de cirugía programada. La evolución tras 48 horas hacia Shock séptico sin respuesta a antibioterapia empírica, obliga a laparotomía exploradora urgente, realizando histerectomía con doble anexectomía por leiomiomas múltiples, endometritis aguda focal y abscesos tubo-ováricos bilaterales perforados con abundante material purulento en peritoneo, positivo para E. Coli y peptostreptococcus anaerobius sensible a amoxicilina/clavulánico. La paciente presentó buena respuesta y actualmente sigue realizando maratones.

Conclusiones:

Los abscesos tubo-ováricos se reconocen como complicación crónica de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), su diagnóstico es difícil cuando no existen signos o síntomas asociados a EPI, simulando tumores benignos, miomatosis uterina, o neoplasia de ovario, reforzado por posible elevación de marcadores tumorales secundario a infección. Nuestro caso, los antecedentes de miomatosis uterina enmascaran inicialmente el diagnóstico final, sin pensar la posibilidad que el intenso ejercicio al que se sometió, había producido una rotura bilateral de los abscesos tubo-ováricos previamente existentes.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1793

HEMATOMA SUBCAPSULAR DE BAZO POR HEPATITIS A. A PROPÓSITO DE UN CASO

JM Krivocheya Montero, L Salvador Pleguezuelos,
II Albarracín Serano, JF Aranda García, BM Lizardo Sangiovanni,
M Yakoubi Badah

Urgencias del Hospital Comarcal de Melilla

Palabras Clave: ecografía, hematoma subcapsular, hepatitis A

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Paciente mujer de 25 años acude al SUHC de Melilla por presentar cuadro de vómitos y dolor abdominal de 4 días de evolución. Refiere además coloración amarilla de piel y mucosas. Coluria. EXPLORACIÓN FÍSICA: Constantes vitales: TA 90/60, saturación 97%, FC 71 lpm, afebril. Piel con ligero tinte icterico. Abdomen blando, depresible, doloroso de forma difusa más intenso en hipocondrio izquierdo, palpándose esplenomegalia. Resto de órganos y aparatos sin alteraciones. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS. Analítica general Bioquímica: Glucemia 137, sodio 135, bilirrubina 2,1, bilirrubina directa 1,6, ALT 2597, LDH 1261, GGT 281, FA 189. Hemograma: El hemograma en primera instancia es normal, pero posteriormente se va produciendo una bajada en los niveles de hemoglobina con una plaquetopenia (63), Coagulación: Sin alteraciones. Orina: En la que destaca presencia de bilirrubina 1+ y urobilinógeno 1+, resto de parámetros sin alteraciones. Gasometría venosa: No se observan alteraciones. Ecografía en Urgencias: En la que se consigue apreciar liquido libre en región de Douglas, Morrison y pelvis. EVOLUCIÓN: Ante el hallazgo ecográfico se decide avisar a radiólogo de guardia para la realización de TAC abdominal. TAC abdominal: Esplenomegalia y extensa colección subcapsular esplénica de contenido líquido hiperdenso. Líquido libre perihepático y en pelvis. Así avisamos a Cirujano de guardia que ingresa al paciente para la realización de tratamiento conservador. Posteriormente realizamos serología para conocer el microorganismo causante obteniéndose positividad para Ig M de hepatitis A. DIAGNÓSTICO: Hematoma subcapsular de bazo por virus de hepatitis A. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Debemos de diferenciar con procesos de estructuras que se localizan en hipocondrio izquierdo: bazo, cola de páncreas, angulo esplénico de colon, riñón y glándulas suprarrenales.

Conclusiones:

El hematoma subcapsular de bazo se trata de una rara complicación de diversas enfermedades infecciosas, que debemos tener en cuenta ya que puede provocar una rotura espontánea y provocar la muerte del paciente. No debemos por lo tanto pensar únicamente en traumatismos. El agente principal etiológico es el Epstein-Barr. Solo hay unos pocos casos descritos por hepatitis A, así que hace que nuestro caso sea más peculiar.

P-1794

DOLOR TESTICULAR AGUDO

A Aldama Martín (1), C Fernández Pereda (1), A Casal Calvo (1),
JL Cepeda Blanco (1), M Vietez Santiago (2)

(1) Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria, (2) Servicio de Medicina Interna. HUMV. Santander

Palabras clave: torsión del cordón espermático, epididimitis, escroto

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: La torsión testicular es una de las causas de escroto agudo y se considera una verdadera urgencia. Si no se diagnostica y trata lo antes posible puede condicionar una pérdida del testículo afecto. El diagnóstico puede ser bien clínico o radiológico. Tiene dos picos de incidencia, uno en periodo neonatal y otro de los 12 a los 18 años. OBJETIVO: Diagnosticar y tratar de forma rápida una torsión testicular. PACIENTE Y MÉTODO: Varón de 14 años que como antecedentes de interés presenta episodio de epididimitis dos meses antes. Acude a Urgencias de nuestro hospital por dolor testicular agudo, que empezó media hora antes, mientras jugaba a rugby tras traumatismo accidental. A la exploración física se palpa cordón espermático engrosado y testículo horizontalizado, se realiza detorsión manual con mejoría parcial del dolor y se solicita ecografía. RESULTADOS: Analíticamente no presenta alteraciones. Ecografía: testículo izquierdo no se objetiva Doppler venoso ni arterial, en probable relación con torsión testicular. Se realizó nueva maniobra tras aparecer de nuevo el dolor con mejoría completa del mismo, se solicitó Ecografía de control: testículo izquierdo con normal vascularización. Se realizó interconsulta al servicio de Urología quienes citaron al paciente en consultas externas para seguimiento, actualmente en lista de espera para realización de orquidopexia izquierda por hipermovilidad testicular. No ha vuelto a presentar episodios similares.

Conclusiones:

Cuando se sospeche una torsión testicular hay que detorsionar el testículo afecto lo antes posible, ya que tiempo es testículo. Si se consigue detorsionar en las primeras 6 horas tras el inicio de los síntomas la viabilidad del testículo afecto es del 100%. Si la detorsión se demora más de 12 horas la viabilidad se reduce al 20% y si la demora es superior a 24 horas el testículo se da por perdido. Nuestro paciente consultó en la primera hora tras el inicio de los síntomas, lo cual ayudó a que su pronóstico fuera favorable gracias a que se pudo instaurar el tratamiento con la mayor brevedad posible. Otras causas de dolor testicular agudo con las que debemos hacer diagnóstico diferencial son epididimitis, orquitis y hernias inguinales por su elevada frecuencia.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1795

LUXACIÓN POSTERIOR DE CLAVÍCULA MEDIAL. UNA INFRECUENTE URGENCIA VITAL

JM Alonso Morales (1), A Martín-Vivaldi Jiménez (1),
MJ Molina Rueda (1), R Molina Ruano (1), S Martínez Diz (2)

(1) Hospital de Rehabilitación y Traumatología. Complejo
Hospitalario Universitario de Granada., (2) La Zubia. Distrito
Granada-Metropolitano. Granada

Palabras clave: clavícula, epífisis, vasos sanguíneos

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción y Objetivos: La luxación de la clavícula medial hacia posterior es una entidad muy infrecuente, difícil de diagnosticar, pero potencialmente grave. Material y Método: Presentamos el caso de un varón de 21 años que tras un choque al fútbol presenta dolor esternoclavicular derecho, que le llevó a consultar al día siguiente en el Servicio de Urgencias por gran malestar al movilizar el hombro. Se palpaba una ligera prominencia externa. El TAC realizado fue informado como "un desplazamiento posterior de la extremidad proximal de la clavícula derecha, compatible con luxación esternoclavicular posterior que comprime los troncos supraaórticos subyacentes. No se aprecian imágenes que sugieran fracturas. A los dos días se programó quirófano como una urgencia diferida junto con cirugía torácica, realizándose maniobras de reducción cerrada, asistidas con pinzas percutáneas, consiguiendo una reducción parcial y con un angioTAC de control satisfactorio en el que "persistía la luxación posterior de la cabeza clavicular derecha con respecto a la fosita sigmoidea del manubrio esternal, asociada a discreta avulsión del hueso cortical (fragmento de 5 mm). El tronco braquiocefálico izquierdo se mantiene permeable. Resto sin alteraciones significativas. Se procedió al alta con vendaje en ocho de guarismo durante 6 semanas. Resultado: Desde el alta y tras un año de evolución el paciente ha estado completamente asintomático, sin asimetrías ni debilidad ni ninguna otra alteración asociada a la lesión.

Conclusiones:

Dadas las potenciales complicaciones de esta entidad por la posible compresión de los grandes vasos y estructuras adyacentes, se ha de vigilar el estado general del paciente y la aparición de posibles síntomas compresivos (disnea, disfagia, congestión venosa cervical) que puedan suponer una emergencia quirúrgica. Aunque en nuestro caso verdaderamente se trató de una epifisiolisis del extremo medial de la clavícula, ya que el cierre fisario de esta zona se produce muy tardíamente en torno a los 23 años, con un pronóstico algo mejor, no hay que olvidar las potenciales y graves complicaciones de esta rara entidad.

P-1796

DEBAJO HABÍA MÁS

MJ Fernández Rodríguez, G Alonso Sánchez,
MH Vidal Giménez, FJ Fernández Valero,
TR Álvarez Balseca, A Egea Huertas

Hospital del Noroeste. Caravaca de la Cruz, Murcia

Palabras clave: lactante, Glasgow, fractura

Historia clínica:

Varón de 9 meses que acude al servicio de urgencias por irritabilidad, llanto incontrolable desde hace 10 horas, coincidiendo con caída desde la cama al suelo con resultado de cefalohematoma en región parietal izquierda. El paciente mejora con la toma de paracetamol, no rechaza las tomas, no presenta fiebre. Peso de 7.3 kg. TA (tensión arterial): 96/63. Frecuencia cardíaca 103 lpm. Exploración física. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen blando y depresible sin masas ni megalias. Neurológico: Glasgow 15, activo y reactivo. No irritable durante la exploración. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Fuerza tono muscular normal. Cefalohematoma parietooccipital izquierdo de 6x3 cm de diámetro. Objetivo: Se decide la realización de una radiografía de cráneo ap y lateral, para descartar la existencia de fractura observándose en la misma una fractura parietooccipital izquierda de 6 cm de longitud. Con tales hallazgos se realiza un TC craneal sin contraste sin hallazgos significativos. Diagnóstico: TCE en lactante de 9 meses. Fractura parietooccipital izquierda. Material o pacientes y método: Pasa a observación con dieta absoluta, posición semiincorporada, constante neurológicas, toma de TA, si crisis convulsiva: Diencepam intravenoso 2 mg. Si no cede en 5 minutos repetir diencepam, si no cede en 5 minutos fenitoína iv 140 mg lento diluido en suero fisiológico. Resultados: Tras buena evolución tras 24 horas se decide alta y observación domiciliaria.

Conclusiones:

El TCE es el traumatismo más frecuente en pediatría, siendo la primera causa de muerte en niños de entre 1 y 12 años. Aunque la mayoría suelen ser leves, es preciso detectar aquellos casos que puedan presentar lesión intracraneal, siendo necesario monitorización y tratamiento, estableciendo la gravedad mediante escala Glasgow adaptada a la edad.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1797

COMPLICACIÓN GRAVE DE CIRUGÍA DE FRACTURA TRIMALEOLAR DE TOBILLO

P Cuadra Giménez, I Usieto López, AM Díaz de Tuesta Chow-Quan, MP Oliete Blanco, S Alcalde López, MA Javierre Loris, Mt Fernández Letamendi

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Palabras clave: *Stafilococcus aureus* resistente a meticilina, embolismo pulmonar séptico, fractura trimaleolar de tobillo

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer, 68 años. Antecedentes: lumbociáticas de repetición, cirugía por fractura trimaleolar de tobillo izquierdo hace 2 semanas. Acude a Urgencias por dolor en zona de escayola. Además dolor lumbar de varios días de evolución, por lo que está en cama, astenia general, apatía y sensación disneica a veces. Afebril. EXPLORACION: estabilidad hemodinámica. Consciente, orientada, receptiva, perceptiva, palidez cutánea, normohidratada, eupneica, normoperfundida, Glasgow 15. ACP rítmica sin soplos, normoventilación. Abdomen anodino. Extremidades inferiores (EII) sin TVP, pulsos+, infección de herida quirúrgica en extremidad inferior izquierda (EII). Zona lumbar: eritema y dolor a la palpación. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica con leucocitosis moderada, neutrofilia, hemoglobina 9 (previa 13), PCR 37,55, procalcitonina 1, actividad protrombina 77%, bioquímica con hiponatremia moderada, marcadores cardíacos normales, D-Dímero 3702. Rx columna lumbar sin alteraciones agudas. ECG sinusal, sin alteraciones agudas de la repolarización. TAC toracoabdominal: espondilodiscitis L3-L4 con afectación incipiente de psoas izquierdo, infiltrados pulmonares en lóbulo superior izquierdo y lóbulo superior derecho, morfología triangular (infartos pulmonares o émbolos sépticos, por contexto infeccioso). EVOLUCIÓN: la paciente es valorada inicialmente por Traumatología, realiza toma de muestra y cura de herida quirúrgica. Ante hallazgo de D-Dímero, solicitamos angioTAC torácico. Durante la espera la paciente presenta cuadro de hipotensión y fibrilación auricular a 150 lpm, por lo que se amplía el estudio a toracoabdominal, con el resultado descrito. Sacamos hemocultivos. Ingresa en UCI. Crece en hemocultivo SARM (*Stafilococcus aureus* resistente a meticilina) y en herida SARM y *Enterobacter cloacae*. DIAGNÓSTICO: Shock séptico por SARM, foco en herida quirúrgica y diseminación hematológica con espondilodiscitis y embolismo pulmonar séptico. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Inicialmente el diagnóstico es de infección de herida quirúrgica, con sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP) ante D-Dímero elevado, cirugía reciente y encamamiento por lumbalgia. Con la realización del TAC y ante inestabilidad hemodinámica durante evolución, se realiza TAC toracoabdominal, dando diagnóstico final.

Conclusiones:

La infección por SARM es una de las principales causas de infección nosocomial en nuestro país. Resistencia a meticilina, y en general, multiresistencia a varios grupos antibióticos (cloranfenicol, tetraciclina, macrólidos, lincosamidas, aminoglucósidos e incluso quinolonas, objetivándose frecuentemente sensibilidad sólo a glucopéptidos. El principal reservorio de SARM es humano, hallándose en portadores sanos (fosas nasales sobre todo), así como en pacientes infectados. La infección se produce generalmente en zonas con alteración de barrera mucocutánea (herida quirúrgica en nuestro caso) ocasionando una infección local o generalizada (diseminación hematológica lo más frecuente), con evolución variable según factores propios del paciente, tipo de infección y precocidad de tratamiento. Nuestra paciente presentó shock séptico con evolución tórpida en UCI y planta, siendo dada de alta casi 5 meses después, en situación de dependencia, pendiente de continuar rehabilitación.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1798

NO TODO ES LO QUE PARECE

O Peñagaricano Muñoz, T Tabera Arévalo, A Vela Fernández,
M Sánchez Andion, J Hong Cho, M Lores Domínguez

Hospital Zumárraga. San Sebastián, Gipuzkoa

Palabras clave: obstrucción intestinal, dolor abdominal, gastroscopia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 67 años acude a urgencias por epigastralgia. Paciente al que le realizaron una gastroscopia ayer, presenta vómitos de contenido bilioso abundante acompañado de epigastralgia continua irradiada a hipocondrio derecho desde que le realizaron la prueba. También refiere nula expulsión de gases desde ese día. Última deposición hoy, sin elementos patológicos. El dolor aumenta con el decúbito supino y mejora con el decúbito lateral. No cambios del dolor tras ingesta. Deposiciones más blandas sin elementos patológicos. Afebril en todo momento. No otra sintomatología acompañante. EXPLORACIÓN FÍSICA: TA 89/64mmHg. Resto de constantes estables. Buen estado general. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación generalizada más acentuada en epigastrio e hipocondrio derecho. No se palpan masas ni visceromegalias. No signos de irritación peritoneal. Peristaltismo conservado. Tacto rectal: no se observan hemorroides externas ni fisuras. No se palpan hemorroides internas ni aumento prostático. Guante manchado de heces. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica: Creatinina 2.45, Sodio 128, 19000 leucocitos, resto normal. TAC abdominal: Cuadro obstructivo de intestino delgado con transición a nivel ileal, con dilatación de asas de delgado con líquido y algunas con aire, por probable torsión de asa. EVOLUCIÓN: tras ser valorado por cirugía, decide ingreso para intervención quirúrgica urgente. Durante la intervención, se detecta una masa compatible con un fitobezoar, causante del cuadro obstructivo.

Conclusiones:

Lo curioso de este caso es que aún teniendo una posible causa directa cercana en el tiempo, como era un daño producido por la gastroscopia reciente, fue una patología totalmente independiente el causante. Es decir, no hay que dar nada por hecho ni descartar ninguna opción de entrada.

P-1799

SÍNDROME DE WUNDERLICH COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ADENOCARCINOMA RENAL

MA López García, MJ Ferriz Bedmar, M Peña Sánchez,
E Culpian Arias, M Guzmán Ruiz, A Serrano Heras,
N Fernández de Cañet Ramírez

Urgencias. Hospital San Agustín. Linares, Jaén

Palabras clave: Wunderlich, adenocarcinoma renal, hematoma perirrenal

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 54 años, con antecedentes de hipertensión arterial dislipemia trombosis venos profunda (TVP) con síndrome antifosfolipídico en tratamiento con Acenocumarol que consulta por dolor en flanco derecho de 5 horas de evolución, tipo cólico con sudoración y náuseas, sin otra sintomatología. A la exploración, regular estado general, consciente y orientado, hipotenso, afebril con auscultación normal y con abdomen globuloso y doloroso en flanco derecho. Murphy y Blumberg dudosos. Las pruebas complementarias el hemograma mostraba leucocitosis con neutrofilia y la bioquímica normal salvo glucosa 210, urea 60, creatinina 2,4. Fracción glomerular 30, PCR 8,3. TAC abdominal sin contraste: hematoma perirrenal derecho extendiéndose perihepático y a fosa iliaca, y Douglas derechos, por posible rotura espontánea de nódulo en polo superior de riñón derecho. Ingresa en Observación pautándose analgesia y konakion manteniéndose inicialmente estable. Posteriormente precisará transfusión de hemáties, complicándose con íleo paralítico y parada cardiorrespiratoria requiriendo RCP avanzada, ventilación mecánica y sedación. Se realiza laparotomía exploradora urgente, detectándose estallido renal derecho, practicándose nefrectomía radical, recuperando la función renal y diuresis. Se retira sedación manteniéndose reactivo, pero somnoliento y desconectado del medio. Un TAC craneal descarta encefalopatía. Doppler de pierna derecha confirmándose TVP. Anatomía Patológica: Carcinoma células renales, masivamente necrosado y extensa hemorragia. Patrón papilar, grado 3 Furhman. Hemorragia perirrenal con focos de trombosis. En el momento de realización del caso, el paciente continúa en UCI, sin cambios neurológicos, estable, pendiente de traqueotomía reglada. DIAGNÓSTICO. Hemorragia retroperitoneal espontánea (síndrome de Wunderlich) secundaria a adenocarcinoma de células renales.

Conclusiones:

El síndrome de Wunderlich se presenta de forma diversa, súbitamente con la tríada de Lenke (dolor lumbar, tumoración lumbar palpable y shock hipovolémico) o de forma insidiosa como en casos de sangrado lento pudiendo confundir al urgenciólogo y siendo el diagnóstico fortuito al realizar estudios de imagen. El método diagnóstico de elección es la TAC abdominal con contraste. Fundamental descartar neoplasia y anomalías vasculares asociadas debiendo plantearse angiografía y embolización. Debemos estar alertas a posible shock hipovolémico, precisando vigilancia hemodinámica para cirugía urgente ante la descompensación. Es preciso diagnóstico diferencial con: angiomiolipoma renal, adenocarcinoma renal, malformaciones arteriovenosas, infartos renales.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1800

DIAGNÓSTICO PRIMARIO DE LA DISOCIACIÓN ESCAFOSEMILUNAR. SIGNO DE TERRY-THOMAS

ME Molina Osorio (1), I Osorio González (2), N Molina Osorio (1)

(1) Lithuanian University of Health Sciences, (2) Hospital Clínico San Cecilio. Granada

Palabras clave: hiperextensión, subluxación, carpo

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Varón de 65 años que acude a Urgencias por dolor y limitación funcional tras traumatismo con la muñeca en hiperextensión. A la exploración presentaba una importante tumefacción de la muñeca, con dolor difuso a la palpación del carpo y del radio distal. En la radiografía simple (proyección anteroposterior de la muñeca) se objetivó un aumento de la distancia escafosemilunar superior a 2 mm, lo que se conoce como signo de Terry-Thomas. Se suele producir con la muñeca en dorsiflexión forzada, cuando la carga axial y tensional excede la resistencia del ligamento escafosemilunar. El escafoide, separado del semilunar, se horizontaliza y rota hacia la cara palmar de la muñeca (subluxación rotatoria). En ocasiones aparece el signo del anillo de sello, al visualizarse de frente la cortical distal del escafoide luxado. La TC confirmó la disociación escafosemilunar. Se realizó reducción cerrada, mediante tracción y presión manual sobre el hueso grande y semilunar, y se colocó una férula bivalva antebraquial con el primer dedo. Se descartó afectación vasculonerviosa. En un segundo tiempo se realizó tratamiento quirúrgico.

Conclusiones:

La subluxación rotatoria del escafoide o disociación escafosemilunar es la causa más frecuente de inestabilidad carpiana. Se suele asociar a traumatismos de alta energía. El 25% de estas lesiones no son diagnosticadas en fase aguda, y pueden causar inestabilidad carpiana progresiva, con la mayor repercusión funcional y clínica para el paciente, y el aumento de complicaciones. La alta tasa de falsos negativos se debe a que en algunos casos las lesiones se reducen espontáneamente, en otros las proyecciones radiológicas son insuficientes o de poca calidad, y en otros, a la falta de sistemática en la exploración del paciente politraumatizado. El diagnóstico precoz con proyecciones radiológicas anteroposterior, lateral y oblicua de la muñeca, radiografía de estrés y TC, es obligado para establecer el tratamiento y mejorar el pronóstico de estos pacientes.

P-1801

CERVICALGIA COMO PRESENTACIÓN DE INFECCIÓN POR SALMONELLA

A García Olloqui, A Sánchez Canto, M Genebat González

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Palabras clave: discitis, cervical, salmonella

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Antecedentes Personales: No Alergia a medicamentos ni hábitos tóxicos. Hipertensión arterial, Hiperplasia benigna de próstata. Vida activa, trabaja en una gran superficie manipulando productos cárnicos. Enfermedad Actual: Acude a Urgencias de traumatología por dolor cervical de varios días de evolución, en los que ha consultado varias veces por mal control analgésico. Ya realiza tratamiento en tercer escalón sin mejoría. No ha presentado fiebre ni síntomas constitucionales. Las características de dolor las describe como de ritmo inflamatorio. Exploración física: Presenta buen estado general aunque está muy afectado por el dolor. Eupneico y hemodinámicamente estable. Consciente, orientado y colaborador. Pares craneales conservados. No alteración campimétrica. Balance articular cervical limitado. Sensibilidad algésica y estésica conservadas de manera global, con zonas de hipotalgia-hipoestesia C5-C7 derecho. Propioceptiva conservada. Balance motor (derecho/izquierdo): abductores hombro 4/4 (con dolor), flexores codo 4+/4+, extensores carpo 4+/4+, extensores codo 2 (no completa contra gravedad)/4, flexores dedos 4/4, abductor quinto dedo 4/4. Miembros inferiores globalmente 5 bilateral. Reflejos osteotendonis conservados en ambos hemisferios, hiporreflexos bicipitales. Reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. No clonus ni hoffman. El resto de exploración por aparatos y sistemas resulta anodina. Se decide ingreso en Observación de Traumatología y se solicitan las siguientes pruebas complementarias: Radiografía cervical y dorsal: Algunos signos degenerativos no relevantes. Radiografía de tórax: Imagen de infiltrado en base pulmonar derecha. Analítica: hemograma con neutrofilia 75 %, bioquímica con función renal e iones normales, Proteína C reactiva 200, gasometría venosa sin alteraciones. TC cervical-tórax: Discopatía C6-C7. Infiltrado pulmonar con áreas de ocupación en ambos lóbulos inferiores y lóbulo medio y pequeño derrame pleural bilateral. Inespecífico por imagen. Dada la situación clínica y la sospecha de etiología infecciosa o neoplásica se decide ingreso en Medicina Interna. Estando en planta comienza con febrícula. Se solicitan: Hemocultivos: se aísla Salmonella del grupo C sensible a quinolonas. Resonancia Magnética Cervical: Hallazgos compatibles con espondilodiscitis C6-C7. Se contacta con Neurocirugía y finalmente se decide tratamiento conservador con antibioterapia intravenosa. La evolución resulta favorable siendo alta con seguimiento ambulatorio sin llegar a precisar intervención quirúrgica.

Conclusiones:

La raquialgia puede tener una etiología muy diversa. Una completa anamnesis es de suma importancia para orientar el diagnóstico. Debemos estar atentos a la aparición de nuevos síntomas durante la evolución que puedan cambiar el diagnóstico de presunción.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1802

HERNIA TRAUMÁTICA DE LA PARED ABDOMINAL

J Martínez Illera, JM Palomero del Río, S Juárez de Sosa,
C Gómez Sánchez, S Paredes Carcedo, R Hernández Cardona

Hospital Universitario de Burgos

Palabras clave: hernia, traumática, abdomen

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 58 años que acude a Urgencias por cuadro de reagudización asmática con aumento de tos, notando en un episodio de tos un dolor brusco e intenso en hipocondrio y vacío derecho. A la exploración destaca un gran hematoma en epigastrio, hipocondrio derecho, vacío derecho y región dorsolumbar derecha. La paciente ingresa en la Unidad de Corta Estancia de Urgencias para tratamiento analgésico y de su proceso respiratorio. Durante el ingreso se realiza TAC en el que se informa de hematoma de partes blandas difuso y extenso que afecta a la pared torácica inferior y posterior y a la pared lateral del abdomen hasta la región glútea, junto con fractura acabalgada de arco posterior de la 10ª costilla derecha, sin complicaciones intratorácicas. La paciente tras ser dada de alta por mejoría clínica acude de nuevo a Urgencias por persistencia del hematoma toracoabdominal y gran tumefacción a nivel de hemiabdomen derecho. Se realiza nuevo TAC en el que se informa de disrupción de la pared abdominal a nivel de unión entre los rectos anteriores y los músculos laterales derechos, provocando una gran herniación de asas intestinales a su través, sin observarse sufrimiento de las mismas. La paciente ingresa en Cirugía General donde es intervenida observándose un gran saco herniario que contiene gran parte del paquete intestinal, vesícula e hígado, con un gran defecto aponeurótico (>1.5 cm), procediéndose a su reparación con malla.

Conclusiones:

La herniación traumática de la pared abdominal es una entidad poco frecuente. Consiste en la rotura miofascial causada por un traumatismo directo, sin penetración de la piel ni evidencia de hernia previa en el sitio de la lesión. Más del 75% de los casos son causados por accidentes de tráfico y en menor frecuencia por caídas de altura, traumas deportivos, utensilios profesionales y aplastamientos. El tratamiento de elección es quirúrgico, pudiéndose en ocasiones realizar una cirugía diferida. El uso de mallas ha disminuido la recidiva de hernias traumáticas de la pared abdominal.

P-1805

TENGO UNA ESPINA CLAVADA EN EL INTESTINO

M Sánchez García, V Madrid Ferreiro, R López Díaz,
F Sánchez Salmerón, E Guirado Granados,
S Martínez Saldumbide, A Cordovilla Moreno

Complejo Hospitalario de Cartagena. Cartagena, Murcia

Palabras clave: dolor abdominal, peritonitis, perforación intestinal

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Mujer de 83 años con antecedentes de dislipemia e hipotiroidismo, acude al servicio de urgencias hospitalarias con dolor abdominal agudo e intenso de 12 horas de evolución, de localización en hipogastrio, sin náuseas, fiebre o alteración del tránsito intestinal. Exploración física con dolor difuso en abdomen inferior, signos de irritación de peritoneal con defensa abdominal. Pruebas complementarias: Análisis de sangre con 16000 leucocitos y 83% de neutrófilos. Gasometría arterial con PH de 7.40 y lactato en 1.2 ECO abdominal con líquido libre y dilatación de asas inespecífica. TAC abdominal dilatación de asas de delgado centro abdominales con imagen de cuerpo extraño enclavado en asa de yeyuno con perforación de pared y aire perientérico. Líquido libre intraabdominal. Consulta urgente con cirugía que realiza laparotomía urgente con resección parcial de intestino delgado y anastomosis terminoterminal. Extracción de espina de pescado en segmento de intestino resecado como causante del cuadro clínico. Diagnóstico de perforación intestinal traumática por espina de pescado.

Conclusiones:

La relevancia de este caso, no está en la rareza de encontrarnos con una perforación de intestino delgado por una espina de pescado, está en la importancia de las exploraciones complementarias en el dolor abdominal en pacientes ancianos, cuando la clínica nos indica que estamos ante la presencia de una patología importante. El dolor abdominal en ancianos es una entidad a menudo difícil de filiar y tenemos que ser más agresivos en la solicitud de pruebas de imagen.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1806

FRACTURA DE APÓFISIS ODONTOIDES, IMPORTANCIA DE LA PROYECCIÓN TRANSORAL EN EL TRAUMA DE COLUMNA CERVICAL

A López Sánchez (1), F Rico Rodríguez (1), J Valle Alonso (2), FJ Rosa Úbeda (1), J Pedraza García (1), MA Aguayo López (1), P Lara Cachinero (1)

(1) Hospital Comarcal Valle de los Pedroches. Córdoba, (2) Accident and Emergency Department, Southport and Ormskirk NHS Trust, Southport, UK

Palabras clave: odontoid process, radiography, neck injuries

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN Las fracturas de columna cervical son una causa importante de muerte o secuelas neurológicas. Las fracturas de odontoides representan el 15% de todas las fracturas de columna cervical. Es importante mantener un alto nivel de sospecha clínica, un manejo cuidadoso y realizar las pruebas complementarias adecuadas para evitar errores en su diagnóstico con sus respectivas consecuencias. **CASO CLINICO** Varón de 76 años que sufre accidente de tráfico, colisión frontal. En Urgencias sólo refiere cervicalgia, a la palpación a nivel de C1-C4, las radiografías de columna cervical anteroposterior y lateral demuestran signos degenerativos sin visualizar lesión ósea, se diagnostica de esguince cervical y pasa a Observación para control del dolor con collarín cervical semirígido y analgesia. A las 4 horas refiere incremento del dolor cervicoccipital, presentando actitud cifótica adelantando los hombros, disminución de la movilidad cervical, dolor en todos los movimientos, a la palpación de apófisis espinosas y musculatura paravertebral cervicodorsal con mayor contractura y sensación de pesadez y parestesias en ambos hombros. Completamos el estudio con una radiografía transoral de odontoides, mostrando separación de las masas laterales del atlas. Se inmoviliza con collarín cervical rígido y se realiza TAC de columna cervical confirmando fractura de odontoides.

Conclusiones:

La fractura de la apófisis odontoides puede pasar inadvertida si no se hace un estudio radiológico de la zona con las potenciales consecuencias neurológicas. Las lesiones de C1-C2 son difíciles de identificar en la radiografía de columna cervical.

P-1807

¿EN CASO DE DUDA? ¡INMOVILICE!

LM Yaguez Jiménez (1), LB Yaguez Mateos (2), MP Lora Coronado (1)

(1) Hospital de Jaén, (2) Hospital Reina Sofía. Córdoba

Palabras clave: politrauma, body, TAC, immobilization

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 49 años no AMC, sin antecedentes de interés salvo múltiples caídas y fracturas. Acude por accidente de motocicleta, con traumatismo de alto impacto, TCE y pérdida de conocimiento tras la comida mientras que viajaba con un grupo de amigos. Acude trasladado por 061 con inmovilización cervical, vía periférica, analgesia con fentanilo, oxigenoterapia, inmovilización de miembro superior derecho y colchón de vacío. Se decide tras primera valoración médica y exploración y tras hablar con los amigos del mecanismo lesional, tratar como politraumatizado grave y solicitar body-TAC y Rx de miembro superior. Se procede a la retirada de colchón de vacío tras Tac normal y se mantiene inmovilización con collarín cervical y de miembro superior por luxación escafo-semilunar izquierda. El paciente pasa 24 horas en observación con retirada de analgesia y se decide tras valoración, ingreso en planta de Traumatología para intervención quirúrgica programada. Estando en planta comienza con deterioro neurológico obnubilación, paresia /plejía de hemicuerpo derecho por lo que es valorado por Neurocirugía y se repite TAC y RMN donde se objetiva hematoma epidural anterior y extenso desde C3 a C6 con compromiso medular y es intervenido de forma urgente. Tras 24 horas postoperatorio en UCI tras retirada de sedación, el paciente no moviliza miembro superior no ambos miembros inferiores aunque parece sensibilidad conservada. Tras presentarse en sesión clínica se decide realizar nueva RMN e intervenir mediante corpectomía cervical (C4) por vía anterior y evacuación del hematoma, tras visualizarse hemtoma suagudo precoz, alteración e cordón compatible con contusión medular o edema, focos hematoma epidural craneales y distales a la contusión medular, que no condicionan compresión medular significativa. El paciente actualmente continúa ingresado en planta neurocirugía en estrecho seguimiento y ha sido valorado por rehabilitación.

Conclusiones:

En el año 2015 hubo 1.126 muertos por accidente de tráfico en España, por lo que el protocolo de politraumatizado es crucial en todos nuestros hospitales y medios extrahospitalarios. La adecuada inmovilización es esencial y es especialmente importante debido a que tiene como objetivo estabilizar lesiones existentes y evitar lesiones secundarias que agravarían aún más el estado del paciente y dificultarían su posterior recuperación.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1808

OTRA VEZ A URGENCIAS

R Castellanos Flórez, JR Oliva Ramos, S Sánchez Ramón,
C Andreu Dalleres, B Martín Pérez, N López Herrero

Urgencias. Hospital Río Hortega. Valladolid

Palabras clave: agranulocitosis, sepsis, gangrena Fournier

Ámbito del caso:

nada

Historia clínica:

Mujer de 60 años, hipertensa, obesa e hipotiroidea. En tratamiento por omalgia con metamizol 2 gr/8 horas. A las 48 horas acude a urgencias por proctalgia intensa diagnosticándole hemorroides, manteniendo analgesia y añadiendo corticoide tópico al alta. La paciente vuelve a urgencias por fiebre, dolor perianal y sudoración profusa con bajo nivel de consciencia. Analítica urgente: 200/ μ l leucocitos SIN neutrófilos(frotis periférico: confirmando agranulocitosis severa sin células atípicas, linfocitos ligeramente hiperbasófilos como único componente de la serie blanca, manteniendo serie roja y plaquetas), coagulación: fibrinógeno 1027, INR: 1,59, aumento de transaminasas. Se extraen hemocultivos en urgencias, prescribiendo imipenem 500 mg vía venosa de forma empírica. Ingresada en hematología por neutropenia secundaria a metamizol y síndrome febril con foco anal. Durante el ingreso, la paciente sigue presentando dolor perianal, no mejorando significativamente la analítica. Interconsulta a cirugía general: absceso perianal con placa de necrosis, celulitis de la grasa perianal-glútea en paciente inmunocomprometido y séptico. TAC: celulitis perianal y engrosamiento de la pared del recto sugiriendo etiología infecciosa-inflamatoria perianal con presencia de colecciones. Se realiza cirugía urgente de necrosis isquémica de piel y tejidos blandos perineales compatible con gangrena de Fournier. La evolución es favorable.

Conclusiones:

La agranulocitosis se caracteriza por la práctica desaparición de los neutrófilos en sangre con recuento normal de las otras series sanguíneas y por un cuadro clínico agudo de sepsis. Puede estar en relación con la ingesta de fármacos como el metamizol. La tríada: sepsis, ulceraciones necróticas y neutropenia permite sospechar el diagnóstico. El antecedente de ingesta de un medicamento es fundamental. El diagnóstico diferencial hay que hacerlo con todas las sepsis que producen leucopenia, aunque en estos casos hay un aumento relativo de granulocitos con desviación a la izquierda. Más difícil resulta la diferenciación con la aplasia medular, aunque la presencia de anemia y manifestaciones hemorrágicas en esta última orientan hacia el diagnóstico correcto.

P-1809

ABSCESO HEPÁTICO SECUNDARIO A PERFORACIÓN DUODENAL

BE García López, A Crespo Giménez, S Chamali del Pino,
E Tejedor Simon, E Babín Contreras

Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes, Madrid

Palabras clave: absceso, hepático, perforación duodenal

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN. El absceso hepático generalmente es de origen amebiano o bacteriano, muy rara vez es debido a cuerpos extraños. Sin embargo, diferentes objetos afilados, especialmente los huesos de pollo y espinas de pescado, así como palillos de dientes, pueden penetrar fácilmente en la pared gástrica, pudiendo llegar al hígado, con la consiguiente formación de un absceso hepático. **CASO CLÍNICO.** Varón de 49 años, sin antecedentes médicos de interés. Acudió a nuestro servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal de localización en epigastrio e hipocondrio derecho de 10 días de evolución, asociado a picos febriles de hasta 39°C. A la exploración física, buen estado general, buen relleno capilar, normotenso, febril. Abdomen: Blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio e hipocondrio, con defensa abdominal. Murphy positivo. En las pruebas complementarias se evidencio leucocitosis, con neutrofilia, proteína C reactiva de 239.1 mg/L. Ecografía abdominal, sin resultados concluyentes. Se solicitó TC abdominal, evidenciándose: colección sugestiva de absceso hepático secundario a perforación del bulbo duodenal por cuerpo extraño, probable espina de pescado. Ante los hallazgos de imágenes en TC abdominal se avisa a cirugía, siendo el paciente intervenido de forma urgente, con hallazgo intraoperatorio de, absceso hepático de unos 3 cm en segmento IVb, en inmediata vecindad de la perforación. No se identificó cuerpo extraño. Al 5º día de ingreso del paciente se recibe resultados de cultivo del absceso, aislándose, Streptococcus Anginosus/Milleri.

Conclusiones:

DISCUSIÓN. El diagnóstico de perforación duodenal, una vez sospechado, se realiza principalmente mediante estudios de imagen, pero en ocasiones puede ser necesaria la exploración quirúrgica abdominal. El tratamiento incluye reparación de la perforación, drenaje del absceso y antibioterapia. Es necesario cubrir cocos Gram positivos como Lactobacillus y Streptococcus, principalmente Streptococcus milleri. **CONCLUSIÓN.** En los pacientes con absceso hepático por perforación gastrointestinal, el diagnóstico puede ser difícil debido a la inespecificidad en que se puede presentar la clínica. Las pruebas de imágenes radiológicas son muy útiles para el diagnóstico, tal como ha sido en el caso que presentamos.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1810

INTOXICACIÓN POR PLOMO COMO CAUSA DE MUERTE EN EL BARRIO DE LAS DELICIAS

LN Fadrique Millán (1), C del Pozo Vegas (2), R Alonso Avilés (2), A Blasco Pérez (2), MJ Fora Romero (2), AM García Rodríguez (2), A Hambardzumyan (2)

(1) Hospital Universitario Río Hortega, (2) Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Palabras clave: heridas, arma de fuego, trauma grave

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Varón de 38 años que consulta traído por la UME al Servicio de Urgencias por heridas por arma de fuego. El paciente se ha sido disparado con una escopeta a una distancia de aproximadamente 8 metros siendo alcanzado en la espalda y en un segundo disparo en el lado derecho de tórax y abdomen. A su llegada se encuentra consciente y orientado y muy nervioso. Sus constantes vitales eran de TA 105/62 mmHg, Fc 140lp'. Sat O2 95% T° 35.8°. Se realiza una aproximación inicial en función del protocolo ATLS evaluando en una valoración primaria los diferentes escalones. A: la vía aérea con control cervical, que no presentó hallazgos de interés. B: se descartó neumotórax a tensión y se pautó O2 por mascarilla reservorio al 100% consiguiendo una saturación de O2 del 99%. C: se inició una resucitación con fluidos enérgica pautando soluciones salinas requiriendo expansores de volumen y noradrenalina para mantener una adecuada perfusión tisular. D. Presentó un Glasgow de 15 en todo momento. E: se puso una sonda urinaria para controlar el débito urinario y se monitorizó al paciente. Se colocó una vía central yugular izquierda ecoguiada. La valoración secundaria como hallazgo principal reveló múltiples heridas por perdigones de características rectilíneas sin aparente orificio de salida en hombro y región escapular derecha y tórax y abdomen derechos. Los hallazgos del EFAST revelaron un pequeño neumotórax derecho y líquido libre abdominal. Se solicitó un TAC cérvico-toraco-abdominal que reveló múltiples imágenes de perdigones en tórax, mediastino, pericardio y parénquima hepático. Se realiza la transferencia del paciente en quirófano 25 minutos después de su llegada. El paciente fue dado de alta a los 27 días.

Conclusiones:

La colaboración entre escalones asistenciales resulta fundamental y son los pacientes con patología tiempo dependiente, como el trauma grave, los que ponen a prueba nuestra capacidad de respuesta. La realización de una aproximación sistemática resulta fundamental para despistar las lesiones que potencialmente más afectarán a la supervivencia. La ecografía a la cabecera del paciente, en este tipo de casos aporta una información vital que incide positivamente en el pronóstico del paciente.

P-1811

FRACTURA LUXACIÓN DE BENNET EN UN JOVEN CICLISTA

Ma Cañas Barranco (1), S Díaz Leria (2), D Diz González (2), MC Rodríguez Casimiro (2)

(1) VHI SWIFTCARE CLINIC Rockfield Building. Dublín, (2) Hospital de Antequera. Área Sanitaria Norte de Málaga

Palabras clave: metacarpal bones, intraarticular fractures, carpometacarpal joint

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

La fractura luxación de Bennet es la más frecuente de todas las fracturas del primer dedo. Descrita por primera vez en 1882 por el cirujano irlandés Edward Hallaran Bennet, mientras trabajaba como profesor de anatomía y cirugía en la Universidad de Dublín, en el Trinity College: una fractura que pasa oblicuamente a través de la base del hueso, separando la mayor parte de la superficie articular. El fragmento desplazado es grande y la deformidad resultante se parece más a una subluxación dorsal del primer dedo. Acude a nuestra consulta de urgencias un paciente varón, de 17 años, con un traumatismo en el primer dedo a nivel del primer metacarpo, al caerse de una bicicleta. El paciente nota cierta inestabilidad en la base del primer metacarpo, un hueso que se le mueve, que le entra y sale. Impotencia funcional del primer dedo, limitada flexión, extensión, abducción, adducción y consecuentemente la realización de la pinza. Dolor a la palpación, crepitación en la base del meta cubital e inflamación del primer metacarpo con inspección. Radiografía: Fractura de Bennet. Tratamiento: Avisar a trauma, y tratamiento quirúrgico.

Conclusiones:

La fractura de Bennett es intrarticular oblicua con luxación del primer metacarpiano, afectando a la articulación carpometacarpo, causada por una fuerza axial aplicada contra el metacarpiano parcialmente flexionado. Frecuente en ciclistas y accidentes de tráfico, y más en hombres que en mujeres de los 15 a 45 años. Precisa un diagnóstico precoz, para prevenir el mal funcionamiento de la articulación carpometacarpal, y dada a su afectación articular, tiene un mal pronóstico funcional si no es reducida correctamente. Tipos de tratamiento: Ortopédico conservador: con espica de yeso del pulgar antebraquial digital con inclusión del pulgar tras reducción, en fracturas poco desplazadas, poco inestables y con mínima subluxación. Agujas Kirschner: si un desplazamiento 1-3 mm o más de 5 días de evolución. Reducción abierta y fijación interna: si mas de 3mm de desplazamiento o superior a 5 días de evolución. Fundamental el diagnóstico precoz y tratamiento quirúrgico adecuado, si desplazamiento o inestabilidad.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1812

LA BORRACHERA LE PASÓ FACTURA

P Gonzalez Jiménez, E Rodríguez Conesa, N Espina Rodríguez,
M Serrano Baena, A Cabo López, M Rojo Iniesta

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Palabras clave: enolismo, enfisema, críticos

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

AP: No alergias medicamentosas conocidas. TVP en MID en Diciembre 2013 en tto con sintrom que lo hace de forma irregular. Gota. Enolismo crónico. IQ: fractura mandibular. Tto: Sintrom, Alopurinol (300-0-300) E. A.: Acude por traumatismo torácico izquierdo tras caída accidental por unas escaleras. No traumatismo craneoencefálico ni abdominal. Previamente había ingerido alcohol. Asistido inicialmente por el 061 lo derivan para valoración. Ingresa en Urgencias con buena hemodinámica y eupneico. EXPLORACION. TA.: 130/80 BEG. Consciente, orientado. Bien coloreado, hidratado y perfundido. Feto enólico. Eupneico. NEUROLOGICO: No focalidad. Glasgow al ingreso: 15. AC: tonos rítmicos a 70 lpm sin soplos AP: normoventilación derecha, hipoventilación izquierda generalizada RX tórax, abdomen, parrilla costal: amplio enfisema subcutáneo con posible fractura de 5 y 6 arcos costales izquierdos, no se logra. Se ingresa en Observación. TacTorax con contraste: Fracturas costales derechas a nivel del 1º, 3º, 5º arco costal anterior derecho y a nivel del 3º, 4º, 5º y 6º arco costal anterior izquierdo. Dudosa incongruencia articular a nivel de la 2ª articulación costoesternal. Severo enfisema subcutáneo que diseña los planos musculares cervicales, torácicos y de abdomen superior. Contusiones pulmonares.

Conclusiones:

El paciente es derivado al hospital de referencia de primer nivel, ya que precisa ingreso en Unidad de Cirugía Torácica, puesto que si presentase complicaciones se pudiera realizar pleurodesis. El tratamiento inicial es siempre conservador. Resulta curioso que el paciente no consulte por la sintomatología tras más de un día del traumatismo.

P-1813

LA CARA INSIDIOSA DE LA DISECCIÓN AÓRTICA

E Rodríguez Conesa, AM Comino García, D Fernández Vargas,
EM Fragero Blesa, F Temboury Ruiz, M Jiménez Parra

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Palabras clave: disnea, derrame pericárdico, disección aórtica

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 68 años que acude a Urgencias por sus propios medios por cuadro de disnea de reposo de diez días de evolución acompañada de malestar general. Refiere al inicio, episodio de dolor torácico prolongado de 24 horas de evolución opresivo, irradiado a espalda que aumentaba con la inspiración profunda por el que consultó previamente en Urgencias. Antecedentes personales: DM2, HTA, FA Paroxística anticoagulada, Hipertrofia Cardíaca con función sistólica global conservada. Exploración física: BEG. Bien hidratado y perfundido. TA 150/90. SatO2 98% basal. FR 15 rpm. FC 87 lpm. Tº 36'6°C. No IY. No cianosis. ACR: arrítmicos, apagados, soplo diastólico aórtico III/VI. MVC. Resto exploración anodina. Analítica al ingreso normal salvo Leucocitosis 16.600 con fórmula normal y PCR elevada. Enzimas cardíacas normales. INR en rango terapéutico. ECG: FA con RV a 80lpm. Rx tórax: cardiomegalia con aumento de densidad en lingula informada por radiología como datos compatibles con Derrame pericárdico. El paciente ingresa en Área de Observación y se realiza Ecocardiograma transtorácico urgente con datos compatibles con derrame pericárdico leve-moderado, válvula aórtica con regurgitación moderada. Permanece en Observación 12 horas hemodinámicamente estable. La persistencia de disnea con agitación e inquietud, el hallazgo de un soplo de insuficiencia aórtica y el derrame pericárdico nos plantea como diagnóstico diferencial y etiológico la disección aórtica torácica realizándose Tac de torax: fclp intimal compatible con disección aórtica desde raíz aórtica hasta cayado (Tipo A de Stanford y tipo II de Baky). Derrame pericárdico. Derrame pleural bilateral. Se contacta con Cirugía Cardíaca que indica Cirugía Emergente realizándose: Sustitución de aorta supracoronaria por prótesis recta de dacron de 28 mm ante la confirmación intraoperatoria de Disección aórtica Tipo A.

Conclusiones:

Aunque la clínica más frecuente de la disección aorta torácica sea el dolor agudo incoercible y la presencia de Shock con TA conservadas, debemos tener presente que esta patología potencialmente mortal y que precisa cirugía cardíaca emergente, puede presentarse de forma insidiosa y subaguda. Debemos pensar en ella ante el derrame pericárdico, la insuficiencia aórtica no conocida y la permanente inquietud y percepción de disnea del paciente aún sin datos objetivos de inestabilidad hemodinámica o respiratoria.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1814

FRACTURA DEL ARCO ANTERIOR DE C1 EN NIÑA DE 5 AÑOS

**E Sáez Rodríguez, F Ruiz Simón, E Escalero Rodríguez,
R Tabernero Rico, I Martín Ureste, R Gutiérrez Martín**

Hospital Virgen de la Concha. Zamora

Palabras clave: childhood, bones, differences

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: Se expone el caso de una niña de 5 años, francoparlante atendida en el servicio de urgencias tras un accidente de tráfico. **OBJETIVO:** Reflexión y repaso sobre el manejo del niño politraumatizado, Diferencias anatómicas de la columna cervical, Diferencias en los criterios de radioprotección que condicionan la solicitud de pruebas complementarias. **MATERIAL / PACIENTES Y MÉTODO:** Paciente de 5 años que es traída por en Soporte Vital Avanzado tras sufrir un accidente de tráfico de alto impacto. Ocupaba el asiento posterior del copiloto en silla adaptada y anclaje de cinturón de seguridad de cuatro puntos. No tuvo pérdida de consciencia. A la exploración física, presenta deformidad evidente del brazo derecho compatible con fractura que le provocaba un dolor tan importante que distraía su atención sobre otras exploraciones. Buen aspecto general, salvo por el dolor. Normocoloreada, Normoperfundida, Normotensa, Ventilaba de forma simétrica con buena saturación sin trabajo respiratorio. Abdomen no doloroso. Neurológico GCS 15 AO4 RM6 RV5, con molestias en región posterior del cuello. **RESULTADOS:** Ante el impacto de alta energía y con dolor de brazo que distrae sobre la exploración del cuello, se inmovilizó con collarín y se realizó TAC craneal y cervical, informado como interrupción del arco anterior de C1 en relación con posible fractura o hendidura congénita del arco anterior. Posteriormente se decide consultar con neurología para valoración.

Conclusiones:

Las variaciones anatómicas de la columna y la sensibilización sobre radioprotección implica un manejo diferente del niño implicado en accidente de tráfico.

P-1815

SIGNO DE GEISER

F Téllez Joya, C Oliva Moreno, I Simón Prado

Urgencias. Hospital Punta de Europa. Algeciras, Cádiz

Palabras clave: shoulder, pain, acute

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 54 años. No alergias medicamentosas. Antecedentes personales: HTA, hipercolesterolemia. No IQ. Acude a urgencias por dolor a nivel de hombro derecho de 12 días de evolución, agudizándose por las noches con impotencia funcional. Niega traumatismos previos. Exploración física: Signo de Popeye bilateral, dolor sobre acromioclavicular con lesión semiblanda no dolorosa a la palpación, dolor sobre coracoides, derrame articular, supraespinoso+, infraespinoso++, subescapular++. Movilidad limitada por encima de 45°, no aumento de temperatura. En Rx de hombro: importante degeneración acromioclavicular. Se consulta con traumatóloga de guardia quién solicita Ecografía: Rotura completa de los tendones del supraespinoso y subescapular con retracción de los cabos proximales de los mismos hacia la profundidad. Rotura completa del tendón largo del bíceps braquial a nivel de la unión miotendinosa con retracción de su vientre muscular. Probable rotura parcial del tendón del infraespinoso. Abundante cantidad de líquido en la bursa subacromio-subdeltoidea que presenta múltiples ecos móviles en relación con presencia de detritus probablemente de naturaleza hemática. El líquido en la bursa se extiende caudalmente hacia la vaina del tendón del bíceps y cranealmente hacia la articulación acromio-clavicular formando una bolsa de líquido que protruye hacia plano subcutáneo en relación con signo de GEISER. Juicio clínico: rotura masiva de manguito hombro derecho. Diagnóstico diferencial: Artropatía degenerativa. Artropatía neuropática, reumatoide, infecciosas, metabólicas... Traumatismos previos. Tratamiento. Planes de actuación: frío local. AINES. Anestésicos en parches y crema. Solicita RMN de hombro. Evolución. Tras fracasar el intento terapéutico inicial, se planificó tratamiento con artrocentesis e infiltración intrarticular de corticosteroides y anestésico local guiadas con ecografía. Se consiguió mejoría del dolor y de la movilidad, que permitió iniciar ejercicios de rehabilitación y terapias físicas con reeducación básica del hombro. Se valorarán: opciones como la hemiartróplastia o la prótesis del hombro.

Conclusiones:

Se trata de un proceso de muy baja incidencia y es habitual considerarlo muy raro por lo que una correcta anamnesis, exploración física y pruebas complementarias junto con la colaboración médico de urgencias-traumatología nos puede llevar al diagnóstico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1816

Y SE ABRIÓ LA PARED...

R Martín Fonseca, M Zarrabeitia Tormes, M Acha Martín

Hospital de Basurto. Bilbao

Palabras clave: traumatismo costal, hernia, colon

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 79 años que acude a urgencias por tumoración intercostal izda tras traumatismo torácico hace 15 días. Como antecedentes personales destacan EPOC moderado, HTA, DM, DL, ACFA, AIT, IRC, miocardiopatía dilatada y arteriopatía periférica, intervenido de úlcus duodenal, hernia inguinal derecha y cataratas bilateral. Tratamiento habitual: apixaban, digoxina, metformina, furosemida, carvedilol, enalapril, rosuvastatina, lanzoprazol y BD. Autónomo FIS conservadas Rankin 0. El paciente refiere traumatismo costal izdo hace 15 días, valorado en s. de urgencias se diagnostica de contusión torácica remitiéndole a su domicilio con analgesia y control por su MAP. Posteriormente, consulta 12 días después por mínima tumoración costal izda sin clínica respiratoria asociada, etiquetada de hematoma en evolución. Cinco días después acude de nuevo al notar chasquido espontáneo durante la deglución con aumento de la tumoración. No asocia clínica respiratoria, no alteraciones del hábito intestinal sin clínica digestiva. No otra clínica acompañante. TA: 143/78, FC: 74, SO₂: 96%, Temp: 36,2°. Presenta tumoración intercostal izda en línea media axilar dolorosa y reductible a la palpación, desapareciendo con la inspiración. Acp: normal. Abdomen anodino. En tórax 2p y parrilla se observa imagen de densidad aérea que contiene asa intestinal proyectándose por fuera de parrilla costal lo que sugiere herniación. Se realiza TAC toraco-abdominal: fisura en arco posterior 9° costilla izda, ensanchamiento de espacio intercostal entre 9° y 10° costilla izda con eventración lateral de grasa abdominal y segmento del colon izdo sin signos de sufrimiento. Valorado por s. de cifugía general actualmente pendiente de reparación quirúrgica.

Conclusiones:

La herniación a través de la pared torácica es infrecuente. Se presenta tras traumatismos o cirugía, apareciendo algún caso tras maniobras de Valsalva y tos enérgica. Más frecuente en varones mayores de 50 años asociado a EPOC, obesidad y asma, por debilidad progresiva de musculatura torácica. Predominante en pared anterior por las características de la musculatura de la zona. A pesar de la escasa entidad clínica es una patología a tener en cuenta en traumatismos torácicos, dada su potencial gravedad.

P-1817

HEMOTÓRAX SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRÁFICO

**S Francesena González, P Agüera Fernández,
FJ Martínez Rodríguez, D Fernández Gonzalo,
S Rivas Menéndez, MJ Turcios de Mendoza**

Hospital Valle Nalón. Oviedo, Asturias

Palabras clave: hemotórax, hematuria, fracturas óseas

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón 44 años. NAMC. Fumador 40 cigarros/día. No otros antecedentes médico quirúrgicos de interés. No tratamientos crónicos. Acude a SUH por sufrir accidente de tráfico, con salida de vía y vuelco del vehículo a más de 100 km/h. No quedó atrapado aunque precisó ayuda para salir. No pérdida de conocimiento. Refiere dolor en costado izquierdo y hematuria macroscópica. Durante su estancia en urgencias, se objetiva fractura costal 8 y 9° arcos costales izquierdos y se realiza eco abdominal que resulta anodina. Analítica, normal. Se deja 24 horas en observación con analgesia y es dado de alta con collarín blando y antiinflamatorios. Dos semanas después, acude a urgencias, porque tras esfuerzo realizado mientras trabajaba, comienza con intenso dolor en hemitórax izquierdo, tipo pinchazo con irradiación a región dorsal acompañado de cortejo vegetativo acompañado de ligero aumento de disnea que había mejorado en días previos. A la exploración, disminución del murmullo vesicular en base izquierda y sibilancias dispersas en ambos campos pulmonares. Pruebas complementarias: Hb 12.3 g/dl (dos semanas antes, 15.1 g/dl). Rx tórax 2p, derrame subfrénico izquierdo sin líneas de neumotórax. TC toracoabdominal, múltiples fracturas costales izquierdas de arcos posteriores 11-12 y 9-8-7-6 en unión anteroposterior. Gran derrame pleural izquierdo en posible relación con hemotórax. Acuña- miento D1. Ante los hallazgos descritos, se solicita valoración por UVI. Se coloca drenaje torácico con salida de más de 3.5 l en primeras 48 horas. Durante el ingreso, no signos de sangrado activo ni anemización. Hemodinámicamente estable con tensiones mantenidas sin necesidad de amins. Una semana más tarde, situación respiratoria estable, y manteniendo saturaciones sin oxigenoterapia es alta teniendo en cuenta la mejoría clínica y respiratoria. Impresión diagnóstica: Traumatismo torácico izquierdo con múltiples fracturas costales izquierdas e importante hemotórax asociado. Acuña- miento D1.

Conclusiones:

Muy importante observación y revaloración más allá de primeras 24 horas en pacientes que han sufrido traumatismos de alta energía como el caso de nuestro paciente repitiendo en determinadas ocasiones las pruebas complementarias que van a llevar a diagnosticar situaciones graves con riesgo vital como el caso de este hemotórax de presentación subaguda.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1818

MEGACOLON TÓXICO

M Orgambides Domingo, I Vigil Megía

Hospital de Sagunto. Valencia

Palabras clave: Ogilvie, dolicomegacolon, sepsis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 69 años que consulta por dolor abdominal. Antecedentes personales: EZQ (medicación psiquiátrica) y quirúrgicos: reparación de eventración + rectopexia, reparación de prolapso, colecistectomía. Presenta dolor abdominal, hipotensión, anuria de más de 12 horas. Asocia vómitos, estreñimiento de 24 horas. Afebril. EF: TA: 90/60 mmHg, FC: 80 lpm, T° 36.1 °C, SpO2: 88% sin O2. REG, deshidratada, color cetrino piel. ACP: rítmica sin soplos. MV disminuido, no crepitantes ni sibilantes. Abd: globuloso, defensa difusa, dolor generalizado a palpación superficial y profunda, especialmente en hemiabdomen izqdo. Pasa a Observación con fluidoterapia, sondaje vesical y oxigenoterapia. Inicio de ATB de amplio espectro: Ceftriaxona 2 g iv + levofloxacino 500 mg iv. P.Complementarias: HM: Leucocitosis con desviación izquierda. Plaquetas normales. BQ: PCR: 238 mg/l, Glucosa: 146 mg/dl, Urea/Cr: 106/1.1 mg/dl, Na/K: 130/3.8 mmol/l, Ca: 4.67 mg/dl. Gasometria venosa: Acidosis metabólica. SEDIMENTO: normal. RX TORAX: Condensación alveolar en III. RX ABD: Importante dilatación de colon y recto. TAC ABD: Condensación parenquimatosa en llingula y III. Dilatación difusa de todo el colon y recto-sigma, sin identificar causa obstructiva, con asas de delgado de calibre normal. No líquido libre intraabdominal. Valorar posible síndrome de Ogilvie. Ingreso en M. interna por la neumonía, tras descartar patología Qx urgente por parte del cirujano, quien recomienda: sonda rectal y enemas de limpieza. Empeoramiento clínico y analítico en pocas horas. Se cambia de ATB: meropenem + metronidazol. Signos de shock séptico: fiebre, hipotensión, taquicardia, taquipnea, disminución del nivel de conciencia, se traslada a UCI se procede a IOT, vía central y perfusión de noradrenalina y a quirófano de forma urgente. DX: sepsis grave por megacolon tóxico. Necrosis mucosa importante que afecta al menos a colon izquierdo y transversal. Colectomía subtotal. Ileostomía en FID. Fístula mucosa en FII.

Conclusiones:

Es una dilatación significativa no obstructiva del colon, total o segmentaria. La presentación de los síntomas es muy rápida con un cuadro de sepsis sistémica, acidosis y trastornos hidroelectrolíticos. En relación con EII. La mayoría de veces se opta por tratamiento conservador pero casi el 45% de los casos si no mejora en 48 horas va a necesitar intervención quirúrgica urgente.

P-1819

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR TEXTILOMA QUE SIMULA TUMOR

MI Perea Casado, R Cuervo Pinto, EJ García Lamberechts, D Chaparro Pardo, FJ Martín Sánchez, C Fernández Alonso

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Palabras clave: textiloma, obstrucción intestinal, radiología

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 46 años con antecedentes quirúrgicos de histerectomía en 2010 y de tiroidectomía en 2012 que consulta en Urgencias refiriendo dolor abdominal, náuseas y vómitos desde hace 48h. Reconoce visitas frecuentes a urgencias, atención primaria y ginecología en los últimos 6 meses sin diagnóstico convincente. En la Exploración Física destacaba abdomen distendido, con ruidos hidroaéreos disminuidos, dolor a la palpación en mesogastrio y periumbilical, sin masas, megalias ni peritonismo. En las pruebas complementarias destacaba discreta elevación de reactantes de fase aguda, dilatación de asas de intestino delgado en radiología simple e íleon terminal-distal colapsado compatible con obstrucción completa de intestino delgado en ecografía abdominal. Tras valoración por cirugía general se decide ingreso en la unidad de corta estancia (UCE) y observación. A las 72h del ingreso, tras empeoramiento clínico se solicita TAC abdomino-pélvico que confirma obstrucción completa de intestino delgado debido a tumoración heterogénea de 7 cm de probable origen mesentérico. Se realiza laparotomía media urgente con resección ileal de 30 cm que incluye la masa. Tras buena evolución clínica se procede al alta en espera de anatomía patológica cuyo resultado sorprendió a todos: Presencia de un material extraño procedente de antigua cirugía, compatible con una gasa, rodeado por una intensa reacción inflamatoria gigantocelular. No se reconocieron datos de malignidad.

Conclusiones:

Del caso clínico presentado destacamos que el textiloma es una causa de obstrucción intestinal infrecuente y de difícil diagnóstico. Se han descrito textilomas que simulan tumores abdominales en diferentes pruebas de imagen e incluso en visión directa durante la cirugía. La obstrucción intestinal es un problema de salud que el urgenciólogo debe manejar con pericia tanto en la valoración inicial como durante su estancia en la UCEU debido a que puede ocasionar complicaciones. La radiografía simple de abdomen es la prueba inicial aunque tiene baja sensibilidad (46%) y especificidad (50%). La tomografía computerizada es el gold standard pero retrasa el diagnóstico y tratamiento. La ecografía clínica precoz está mostrando resultados prometedores en el diagnóstico de la obstrucción intestinal. En nuestro caso se podría haber planteado la cirugía urgente tras la ecografía de forma más precoz.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1820

¿UN SIMPLE TRAUMATISMO?

R Parada López (1), B García Marina (1), S López Lallave (1),
J del Cañizo Canto (1), L Cano Alcaide (1), R Gómez Guerra (1),
C Bibiano Guillén (2)

Hospital Infanta Leonor. Leganés, Madrid

Palabras clave: dolor, traumatismo, anemia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 45 años con antecedentes de asma y síndrome ansiosodepresivo, que acude a urgencias por dolor intenso en región inguinal y muslo de miembro inferior derecho tras caída accidental con hiperabducción. A la exploración física destaca empastamiento en región isquiótica y región posterior de muslo. Palpación dolorosa sin clínica de síndrome compartimental. Sensibilidad conservada. Fuerza y pulsos distales conservados. Se pautan 50 mcg de fentanilo para control del dolor y se realiza radiografía de pelvis, cadera y fémur sin objetivar lesiones óseas. La analítica de sangre es normal, presentando Hb 12.7 mg/dl, Hto 36.5%. Ante la sospecha inicial de rotura fibrilar en región adductora, y dada la escasa mejoría clínica, se decide dejar en observación. Al día siguiente continúa con dolor y tumefacción a ese nivel, presentando Hb 10.5 mg/dl, Hto 29.9%, por lo que se decide solicitar una ECO de partes blandas, objetivándose una colección heterogénea en relación con hematoma en la cara interna del muslo proximal derecho de 7.6 x 1.7 x 1.6 cm. Sistema venoso profundo y vena safena mayor permeables. Se decide alta con vendaje compresivo, frío local y analgesia. La paciente acude de nuevo a urgencias por dolor e incapacidad funcional. A la exploración destaca gran hematoma en cara posterior de muslo hasta rodilla y región interglútea. Exploración neurovascular distal normal. En analítica destaca Hb 8.6, Hto 25%, coagulación normal. Ante la sospecha de lesión vascular se solicita TAC con contraste, objetivándose gran hematoma en región aductora de miembro inferior derecho con datos de sangrado activo en relación a lesión de rama muscular arteria femoral profunda. Valorada por el servicio de radiología vascular intervencionista, se realiza embolización selectiva de la rama afecta mediante arteriografía del eje femoral derecho. Control posterior óptimo con cese de sangrado.

Conclusiones:

Es importante tener en cuenta la posibilidad de una lesión vascular en pacientes que han sufrido un traumatismo. El diagnóstico de sospecha es de vital importancia debido a que el tratamiento temprano es clave. Ante un paciente con dolor intenso que no queda completamente aclarado debemos agotar todos los recursos disponibles para ofrecer un diagnóstico lo más exacto posible.

P-1821

DIVERTÍCULO DE MECKEL: HERNIA DE LITTRÉ, A PROPÓSITO DE UN CASO

AM Aragón Merino (1), MI Manzano Martín (1), R Robles Fraguas (1),
B Arribas Entrala (2), MJ Jurado Mancheño (1), M Neila Iglesias (1),
MA Fandiño Márquez (1)

(1) Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres, (2) Centro de Salud Actur Sur. Zaragoza

Palabras clave: Meckel diverticulum, hernia, ischemia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente mujer de 54 años de edad, antecedente de ictus total de la circulación anterior (TACI) izquierdo, e intervenida recientemente de histerectomía y doble anexectomía por miomatosis uterina, que presenta dolor abdominal que impresiona de abdomen agudo. A la exploración, presenta tumoración indurada, dolorosa, en región inguinal derecha, no relacionada a la exploración con herida quirúrgica previa, sin pulso y con ruidos hidroaéreos en su interior, imposible de reducir. Pruebas complementarias dentro de la normalidad. Diagnóstico diferencial: hernia estrangulada, complicación quirúrgica. Se decide intervención quirúrgica de urgencias, donde se objetiva hernia crural derecha estrangulada con saco de contenido hemático que impresiona de divertículo, y signos macroscópicos de isquemia, realizándose herniorrafia derecha con resección íleal segmentaria con anastomosis. El estudio anatomopatológico de pieza quirúrgica (saco herniario con segmento de íleon) presenta zona rota con aspecto isquémico en relación a probable divertículo de Meckel en saco herniario, confirmando el diagnóstico de hernia de Littré.

Conclusiones:

Divertículo de Meckel es la anomalía congénita más común del tracto gastrointestinal, resultado de la obliteración incompleta del conducto vitelino, representando un remanente persistente del conducto onfalomesentérico, que conecta el intestino medio al saco vitelino en el feto, y conduciendo a la formación de un verdadero divertículo del intestino delgado. Es la malformación congénita más común del tracto gastrointestinal, pero son poco frecuentes y, a menudo, asintomáticos, cuando presentan clínica puede ser como dolor abdominal, hemorragia gastrointestinal (pacientes pediátricos) u obstrucción intestinal, siendo este último en relación a una invaginación intestinal, vólvulo, diverticulitis o hernia de la pared abdominal, como en nuestro caso (hernia de Littré). La hernia de Littré, es poco frecuente y entre los casos descritos las localizaciones más frecuentes han sido la región inguinal, la umbilical y la crural. La clínica es la misma de cualquier otra hernia y por lo tanto el tratamiento el mismo, es decir, quirúrgico, sobre todo si se presenta como una hernia estrangulada. El tratamiento consiste en la extirpación del divertículo de Meckel con la realización o no de una pequeña resección intestinal y anastomosis primaria.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1822

LAS BICIS NO SON PARA EL RIÑÓN

S Sánchez Menéndez (1), S Moreno García (1),
P González-Quirós Fernández (2), Y García González (1),
IE Ferrero Fernández (2), Z Vázquez Álvarez (1)

(1) Hospital del Oriente de Asturias, (2) Hospital Valle del Nalón.
Gijón, Asturias

Palabras clave: Lesión renal aguda, hemoperitoneo, accidentes de tránsito

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Antecedentes: Varón de 13 años, sin antecedentes de interés. No tratamientos crónicos. Enfermedad actual: Paciente que sufre caída de bicicleta a las 12:00h, golpeándose en región abdominal. Inicialmente asintomático salvo dolor abdominal. A las 4 horas comienza con dolor abdominal más intenso en hemiabdomen derecho, hematuria franca y palidez cutánea. Reevaluado por su médico de AP en el domicilio, solicita traslado en UVI móvil por sospecha de lesión abdominal, por lo que se traslada directamente a hospital de tercer nivel. Exploración: Afebril, TA:120/70, Sat:100%, FC:110, FR:19. Palidez cutánea. Buen relleno capilar. Auscultación cardiaca: ruidos cardiacos rítmicos, Auscultación pulmonar: buena ventilación bilateral. Abdomen: distendido, defensa a la palpación en hemiabdomen D con efecto masa. Dolor a la palpación de ambas fosas renales. Pruebas complementarias: - Hemograma: Hemoglobina: 10.2, Hematocrito:29.9%, Leucocitos:20.240, Plaquetas:318.000 - Bioquímica: Glucosa: 152, Urea: 46, Cr: 0.8, Na: 138, Potasio: 5. Coagulación: Tasa: 60%. Tomografía Axial Computerizada abdominal: rotura del riñón derecho en 2 fragmentos y rotura del sistema colector. Hematoma perirrenal y retrohemoperitoneo. Foco de sangrado activo en situación Inter-aortocava a nivel del cuerpo vertebral L4. Hemoperitoneo en todos los compartimentos intraabdominales, con probable foco de sangrado activo en mesenterio a nivel de la bifurcación de los vasos ilíacos primitivos. Diagnóstico: Rotura renal derecha. Hematoma perirrenal y retrohemoperitoneo. Evolución: En base a la estabilidad hemodinámica del paciente y por no tener afectos los vasos renales principales, se decide ingreso en UCI Pediátrica para manejo conservador con reposo absoluto en cama, dieta absoluta, fluidoterapia y sondaje nasogástrico y vesical. Requirió transfusión de 4 concentrados de hemáties. Tras 4 días, pasa a planta de hospitalización a cargo de Cirugía infantil, donde permanece 20 días hasta alta a domicilio con reposo relativo.

Conclusiones:

La reevaluación ante un traumatismo abdominal, fue básica para detectar empeoramiento con hematuria, lo que concluyó con traslado en UVI móvil a hospital de tercer nivel para tratamiento oportuno. Excelente evolución clínica con alta a domicilio tras 24 días de ingreso.

P-1823

DIVERTICULITIS AGUDA MUY COMPLICADA EN URGENCIAS

A Martín Páez, M Moreno Fernández, E Lagares Santana,
F Muñoz Lara, S Ramírez Plaza

Hospital Regional de Málaga

Palabras clave: acute diverticulitis, treatment, abscess

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción: La enfermedad diverticular consiste en diverticulosis, diverticulitis y sangrado diverticular, la forma más frecuente de presentación de la diverticulitis aguda es de forma simple en el 75% de los casos. Vamos a describir un cuadro de diverticulitis aguda complicada en urgencias. Ámbito del caso: Paciente de origen venezolano que estando en EEUU comenzó con dolor abdominal en FII, no pudiendo acudir a los servicios sanitarios de ese país por no disponer de dinero, dos meses después acude llega a España donde acude por dolor abdominal y fiebre de unos 2 meses de evolución, junto con orinas oscuras de color marronáceo, a la exploración tumoración abdominal en región de FII con signos de irritación peritoneal. A sangre con leucocitosis franca y PCR 213. TAC Abdomen con diverticulitis aguda complicada con absceso pericólico y fístula colovesical. Ingresos en C. General donde se realiza sigmoidectomía convencional con seguimiento posterior en consulta de cirugía y Urología para revisión de sondar vesícula y de evolución de la fístula vesical.

Conclusiones:

La diverticulitis aguda complicada en una complicación que se presenta en el 25% de los casos asociado a abscesos, fístulas, obstrucción, peritonitis, sepsis. Es mucho más frecuente en población adulta, los divertículos se localizan en el colon sigmoide habitualmente. Se han observado un aumento de la frecuencia de enfermedad diverticular complicada en pacientes fumadores, los que reciben AINES y los obesos. El mecanismo de aparición de diverticulitis gira alrededor de una perforación de un divertículo. Habitualmente se presenta como dolor abdominal y fiebre, junto con leucocitosis franca. El TAC Abdominal es la prueba con más sensibilidad y especificidad siendo los hallazgos engrosamiento de pared, grasa y abscesos asociados. El absceso pericólico se presenta en un 35% de los casos. Las fístulas ocurren en un 2% siendo la colovesical la más frecuente (65%). La intervención quirúrgica es ineludible en caso de surgir perforación con peritonitis generalizada, obstrucción, absceso no pasible, fístulas, deterioro clínico. La cirugía habitualmente comprende la exéresis del colon sigmoide.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1824

MASTITIS/SÍNDROME DE KLINEFELTER

MC Teijeiro Bermejo (1), E Avilés de Melchor (2),
P Ramos Nogueiras (3), FJ Castrillo Quiñones (3), O Mahrady (4),
V Prieto Lorenzo (5)

(1) Centro de Salud Parada del Molino, (2) Centro de Salud Santa Elena, (3) Hospital Virgen de la Concha, (4) Centro de Salud Virgen Concha, (5) Centro de Salud Puerta Nueva. Zamora

Palabras clave: hipogonadismo, ginecomastia, mastitis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Klinefelter (SK) es una forma de hipogonadismo masculino debido a una anomalía de los cromosomas sexuales. **OBJETIVOS:** Presentación un caso de mastitis en SK. Diagnóstico diferencial. **MATERIAL O PACIENTE Y MÉTODO:** Varón con SK, 64 años, antecedentes de Diabetes Mellitus. Remitido a urgencias por dolor e inflamación en mama derecha de 18 días de evolución. No fiebre ni traumatismo previo. No telorrea. Tratamiento durante una semana con Cloxacilina sin mejoría. **EXPLORACIÓN FÍSICA:** ginecomastia de predominio en mama derecha asociando signos inflamatorios en piel. No fluctuación. **HEMOGRAMA:** Leucocitos: 12.700 (Neutrófilos: 81.39). **ECOGRAFÍA MAMARIA:** Colección superficial, mal definida, anfractuosa, de límites irregulares que se extiende abarcando toda la mama derecha, con celulitis asociada y ejes máximos de 8,2x7 cm. Con imágenes sospechosas de burbujas aéreas, compatible con absceso mamario. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Absceso mamario. Carcinoma inflamatorio. **TRATAMIENTO:** drenaje en zona declive del surco inframamario con salida de abundante material purulento, maloliente. Desbridamiento. Se colocó drenaje. Se tomó muestra para cultivo. Se realizó en el acto quirúrgico biopsia de piel. Se pautó tratamiento antibiótico empírico: Amoxicilina/Clavulánico 1 gr/ 8 horas, 10 días. **RESULTADOS:** CULTIVO: E. Coli, Rautella planticola. Sensibles ambos a Amoxicilina/Ac. Clavulánico. **BIOPSIA** de piel sin infiltración tumoral.

Conclusiones:

El síndrome de Klinefelter es el cuadro clínico más frecuente de hipogonadismo congénito. Incidencia aproximada 1/400-1000 hombres. Está causado por disomía del cromosoma X, que da lugar a cariotipo 47XXY en el 80% de los casos. Fenotípicamente son individuos altos y delgados, con hipotrofia testicular bilateral, caracteres sexuales secundarios poco desarrollados, ginecomastia bilateral, escaso desarrollo muscular, infertilidad, déficit moderado del desarrollo intelectual, trastornos del comportamiento. Contrariamente al eunucoidismo típico, la braza no suele ser mayor que la talla. Mayor riesgo de desarrollar enfermedades autoinmunes. Los SK con ginecomastia tienen mayor riesgo de tumores de mama que suelen ser adenocarcinomas infiltrantes con tendencia a desarrollarse en la porción central y afectar sobre todo el pezón. La ginecomastia puede requerir corrección mediante mamoplastia reductora. Diagnóstico definitivo: estudio cromosómico. Tratamiento: sustitutivo con testosterona.

P-1825

DOLOR ABDOMINAL PERSISTENTE TRAS TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO

M de la Torre Olivares, P Rodríguez Lavado, D Rosillo Castro,
D Fernández Garrido, F Fernández Valero, I González Mauraza

Hospital del Noroeste. Caravaca de la Cruz, Murcia

Palabras clave: traumatismo abdominal, perforación intestinal, dolor abdominal

Historia clínica:

Paciente varón de 27 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por cervicalgia y dolor abdominal tras sufrir accidente de tráfico esa misma tarde con colisión frontal. Iba de copiloto con el cinturón puesto y saltó el airbag. A la exploración se encuentra eupneico, muy nervioso, con erosiones superficiales en punta nasal, mano derecha y restos hemáticos en ambas fosas nasales. Presenta dolor y contractura en ambos trapecios y musculatura paracervical. El abdomen es blando y depresible con dolor generalizado a la palpación y defensa, además de contusión en hemiabdomen derecho sin hematomas visibles. Se realiza TC helicoidal de Tórax, abdomen y pelvis sin encontrar hallazgos. Analítica anodina, en radiografía simple cervical se observa rectificación de lordosis. El paciente se encuentra muy inquieto y con dolor abdominal por lo que a pesar de no objetivar ninguna lesión, se pasa a camas de observación. Durante toda la noche permanece estable hemodinámicamente, con discreto dolor tipo pinchazo en hipogastrio que cede con analgesia, la exploración continúa siendo normal por lo que se decide alta a domicilio. A las 14 horas el paciente vuelve a consultar por aumento del dolor y vómitos oscuros. Se encuentra pálido, sudoroso y taquicárdico. El abdomen es blando, sin signos de irritación peritoneal. En nuevo TC de abdomen con contraste se observa pneuoperitoneo así como líquido libre perihepatoesplénico y abundantemente en pelvis menor así como dudosa contusión hepática. Ante estos nuevos hallazgos se decide realizar laparotomía exploradora de urgencia en la que objetiva líquido intestinal abundante secundario a perforación de yeyuno-íleon, realizándose resección del asa afecta con anastomosis.

Conclusiones:

En traumatismos abdominales cerrados es necesaria una especial valoración, principalmente en aquellos en los que se sospecha que pueda existir compresión o aplastamiento entre estructuras rígidas que puedan condicionar ruptura o estallido de estructuras huecas. Es normal que no de la cara hasta pasadas las 12-24 h por lo que se recomienda dicho período de observación hospitalaria con estrecha vigilancia. En este caso, a pesar de no objetivar lesiones que justificaran el ingreso, el paciente debió de haber permanecido en observación ante el dolor constante que presentaba.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1826

DOLOR ABDOMINAL EN MUJER EN EDAD FÉRTIL. ITU: LA GRAN ENMASCARADORA

V Morell Jiménez, E Caro Vázquez, CA Yago Calderón,
JA Rivero Guerrero, E Rosell Vergara, AR Boscá Crespo,
J Cañero Criado

Hospital Virgen de la Victoria.

Palabras clave: ITU, trombosis, inflamatoria

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 36 años acude por cuadro de fiebre de hasta 38'6°C de unos 7 días de evolución que se acompaña de malestar generalizado y dolor hipogástrico muy intenso. Refiere que hace unos 10 días comenzó con hematuria y disuria, motivo por el que comenzó tratamiento motu proprio con fosfocina y dado que no hubo mejoría, acudió al centro de salud a los 3 días e inició tratamiento con ciprofloxacino. AP: ITUs de repetición. Mioma uterino en seguimiento. Exploración física: Regular estado general. Bien hidratada y perfundida. Paciente consciente y orientada. TA 109/73 mmHg, Fc 105lpm. T° 39°C. Sat O2 99%. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio y ambos flancos abdominales. No se palpan masas ni megalias. Exploraciones complementarias: Hemograma: Leucocitos 27200. Neutrofilia 92%. Hb 11'5. Plaquetas 233000. Bioquímica: Glucosa 81. Creatinina 0'8. Urea 52. Na 135. K 3'7. PCR 288. Procalcitonina 0'29. Sedimento orina: Leucocitos 500. Nitritos (-). Hematíes 250. Evolución: La paciente ingresa en área de observación comenzando con tratamiento antibiótico (ATB) con amoxicilina-clavulánico. Dada la inestabilidad hemodinámica (TA 90/50, Fc 110lpm) a pesar de ATB y empeoramiento (Creatinina 3'2), se decide la realización de ECO-TAC abdomen objetivándose área de densidad de tejidos blandos que contacta con cara posterior uterina, ocupando el espacio retrouterino y englobando anejo y ligamento ancho izquierdos, asociando rarefacción de la grasa adyacente, en probable relación con complejo tubáico-ovárico, secundario a enfermedad inflamatoria pélvica. Junto a músculo psoas izquierdo se observa una imagen sugestiva de estructura vascular con rarefacción de la grasa, correspondiéndose a la vena gonadal izquierda, trombosada a nivel distal con permeabilidad de su segmento proximal. Dada la evolución clínica, se modifica antibiótoterapia (clindamicina, metronidazol y gentamicina) y heparina a bajo peso molecular a dosis terapéutica. Tras conseguir estabilidad hemodinámica, la paciente ingresa en planta y continúa tratamiento durante 15 días hasta el alta hospitalaria. Juicio clínico: Enfermedad pélvica inflamatoria. Trombosis vena gonadal.

Conclusiones:

La clínica urinaria puede enmascarar enfermedades de mayor índole, siendo necesario la rapidez en el diagnóstico para establecer el tratamiento oportuno, para lo que es necesario el uso de pruebas de imagen de manera conveniente.

P-1828

COJERA EN EL NIÑO, A PROPÓSITO DE UN CASO

M Sánchez Ruiz (1), RC Muñoz López (2), J Paz Galiana (1),
I Moreno Montero (1), A Sánchez Valencia (1),
CA Moreno Caycedo (1), MC López Montes (1)

(1) Hospital General Tomelloso. Ciudad Real, (2) Hospital
Universitario Reina Sofía. Córdoba

Palabras clave: cojera, osteonecrosis del escafoides tarsiano, enfermedad de Köhler

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Niño de 4 años sin antecedentes médicos de interés que consulta por presentar dolor en pie izquierdo y cojera de un mes de evolución sin traumatismo previo. Ha sido valorado en dos hospitales e inmovilizado con férula posterior durante 12 días, reconsulta por persistencia del dolor. A la exploración física presenta claudicación en la marcha en miembro inferior izquierdo, no se localiza punto doloroso. Fuerza y sensibilidad conservadas. Buena movilidad y coloración distal. Se le realiza radiografía pie izquierdo donde se objetiva imagen compatible con osteocondrosis de hueso navicular.

Conclusiones:

La necrosis isquémica del escafoides tarsiano en la infancia se denomina enfermedad de Köhler. Es una necrosis avascular idiopática que afecta al núcleo de osificación proximal del escafoides tarsiano. Aparece generalmente, entre los 4 y los 7 años, más a menudo en varones y puede ser bilateral. Está incluida entre las osteocondrosis de crecimiento. El niño camina con cojera dolorosa, desplazando el peso al borde externo del pie. Por último, cabe señalar que, en algunos casos, la enfermedad pasa inadvertida y se descubre de forma casual con motivo de una exploración radiológica realizada por un pie plano. El diagnóstico generalmente se establece mediante radiografía simple visualizándose un escafoides aplanado y esclerótico. En la mayoría de los casos suele ser suficiente con limitar la actividad del niño y utilizar una plantilla de soporte plantar con realce interno. En los casos en los que el dolor es muy importante se realizará inmovilización inicial con una botina de yeso durante 5 o 6 semanas, seguido del soporte longitudinal. La evolución clínica suele ser buena, con una curación clínica y radiológica completa.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1829

EL DOLOR QUE NO CEDÍA, ALGO ESCONDÍA

A Marmesat Montes (1), A Murcia Olagüenaga (1), M Rodríguez Rodríguez (1), JA Suárez Fernández (2), A Delmiro Magdalena (1), C Elvira Menéndez (1)

(1) Hospital de Cabueñes, (2) Hospital de Jove. Gijón, Asturias

Palabras clave: neoplasm metastasis, lung neoplasms, shoulder pain

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Motivo de consulta: Omalgia izquierda con impotencia funcional. Antecedentes personales: Ama de casa. Fumadora de 30 paquetes/año acumulados. No enfermedades ni tratamientos crónicos ni cirugías. Enfermedad actual: Omalgia izquierda desde hace 4 meses que comenzó tras levantar peso y que ha ido empeorando progresivamente hasta impedir el movimiento de la extremidad, que mantiene desde el inicio de la clínica inmovilizada con un cabestrillo. Síndrome general con adelgazamiento de unos 5 kg. Tos que relaciona con su tabaquismo habitual, no dolor torácico ni fiebre. Exploración: Buen estado general. Eupneica en reposo. TA 140/90. Adenopatía dura de unos 2 cm supraclavicular izquierda. Auscultación pulmonar con disminución de ruidos respiratorios en base derecha. Auscultación cardiaca normal. Abdomen normal. Impotencia funcional de hombro izquierdo, con leve deformidad, sin signos inflamatorios. Analítica: Hb 11.6. Plaquetas 783000. 21350 leucocitos. Fibrinógeno 721. PCR 253. PaO₂ 64. PaCO₂ 36. RX hombro izquierdo: imagen sugestiva de metástasis en cabeza humeral. RX tórax: masa hiliar derecha con atelectasia. Diagnóstico en Urgencias: Metástasis humeral izquierda en el contexto de probable carcinoma primario de pulmón. Diagnóstico diferencial: El principal diagnóstico diferencial planteado tras la anamnesis de la paciente es el de hombro congelado, puesto que llevaba 4 meses sin hacer uso de la extremidad que mantenía en cabestrillo por dolor tras antecedente traumático.

Conclusiones:

Los principales signos y síntomas derivados del proceso metastásico son: dolor osteoarticular y pérdida de fuerza en las extremidades afectadas. Un dolor atípico en las zonas de principal asentamiento de metástasis óseas nos debería servir como señal de alerta para investigar la existencia de esta afectación. Las metástasis óseas constituyen el tumor óseo más frecuente en el 90% de pacientes mayores de 40 años y constituyen el primer síntoma de tumor primitivo en el 20-30% de los casos. Los principales tumores que metastatizan a hueso son: próstata, mama, pulmón, vejiga y tiroides. A pesar del primer y más probable diagnóstico de hombro congelado que barajamos tras la primera entrevista a la paciente, no debemos de perder de vista otros posibles diagnósticos diferenciales realizando una anamnesis precisa.

P-1830

FALSO CÓLICO RENAL

VM Madrid Ferreiro, AM Cordovilla Moreno, S Martínez Saldumbide, MR López Díaz, EM Guirado Granados, F Sánchez Salmerón, M Sánchez García

Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia

Palabras clave: nephrolithiasis, aortic aneurysm, cyanosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente varón de 71 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, aneurisma de aorta abdominal e historia de litiasis renal con episodios previos de cólicos renales, que acude a urgencias por dolor lumbar izquierdo irradiado a ingle y testículo ipsilateral de inicio brusco esa misma mañana con episodio sincopal secundario al dolor, siendo encontrado el paciente en el suelo de su domicilio por su esposa. Es atendido por servicio de urgencias extrahospitalario con diagnóstico de cólico renal versus lumbalgia, administrando analgésico intravenoso sin mejoría del dolor, por lo que derivan a nuestro servicio de urgencias hospitalarias para valoración. A su llegada presenta dolor muy intenso con cianosis de extremidades inferiores (EII) con pulsos femorales a penas palpables y con el resto de exploración normal. Inicialmente presenta tensión arterial (TA) de 118/83mmHg. Se monitoriza y se solicita analítica de sangre, orina, gasometría venosa (GSV) y una Angio-TAC de abdomen por sospecha de disección de aorta abdominal. La analítica de sangre y orina no muestran hallazgos relevantes. En GSV se objetiva un lactato alto. La Angio-TAC de aorta urgente informa de rotura aguda de aneurisma infrarrenal con hematoma retroperitoneal de 16 x 8cm. Hidronefrosis grado III derecha secundaria a litiasis de 8mm en tercio distal de ureter derecho con leve aumento de dilatación de la vía. El paciente llega a necesitar derivados de la morfina para control del dolor e hipotensión progresiva a pesar de sueroterapia. Tras resultados de la Angio-TAC y la urgencia quirúrgica, se interviene de urgencia con exitoso camplaje yuxtarenal infrarrenal con mejoría hemodinámica consiguiente, pero con hipoperfusión cerebral durante la operación con posterior fallo cardíaco tras cierre abdominal a pesar de medidas de resucitación.

Conclusiones:

Ante un dolor de espalda de comienzo repentino, con irradiación lumbar o inguinal, en muchos casos atribuido a un cólico renal o una lumbalgia, tan frecuentes en los servicios de urgencias, tenemos que considerar el diagnóstico diferencial con disección de aorta abdominal. Para ello es muy importante conocer la patología para poder sospecharla, la exploración de los pulsos, valoración de la hemodinámica del paciente y la evolución clínica del dolor.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1831

ABORDAJE DIAGNÓSTICO DE FRACTURA DE MESETA TIBIAL

**E Avilés de Melchor, R Gutiérrez Martín, E Sáez Rodríguez,
J Domínguez Carrasco, F Ruiz Simón**

Hospital Virgen de la Concha, Zamora

Palabras clave: meseta tibial, fractura, traumatismo

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN. Las fracturas de la meseta tibial constituyen una patología relativamente frecuente. Estas fracturas se producen tanto por mecanismos directos como por indirectos, generalmente se presentan en accidentes de alta energía (viajes, arrollamientos, etc.) y están relacionadas con otras lesiones de la misma pierna o con politraumatismos. **OBJETIVOS.** Revisión bibliográfica del diagnóstico, manejo terapéutico e importancia de realización de pruebas radiológicas en el contexto de sospecha de fractura de meseta tibial en los Servicios de Urgencias. **PACIENTE.** Mujer de 62 años que sufre atropello, con traumatismo directo en cara lateral de rodilla izquierda, con posterior dolor e impotencia funcional de la misma. No pérdida de consciencia, no náuseas, no vómitos, no cefalea. No otra sintomatología. **Exploración:** dolor a la palpación a nivel de meseta tibial, inflamación, derrame articular en fondo de saco, peloteo positivo. Rodilla con bloqueo a 30 grados. Dificultad para la exploración de meniscos debido a la inflamación. **TAC extremidades inferiores:** Fractura hundimiento de meseta tibial externa de extremidad inferior izquierda, de aproximadamente 11 mm. Se realiza intervención quirúrgica por el servicio de Traumatología. Evolución adecuada de la paciente y rehabilitación posterior.

Conclusiones:

Es recomendable identificar, en los servicios de urgencias, factores de riesgo (edad, sexo y deportes practicados), y se haga énfasis en accidentes de alta energía con lesiones en extremidades inferiores, sobre todo en pacientes politraumatizados y policontundidos. En la valoración inicial, es importante valorar las condiciones articulares y la integridad de los tejidos blandos. Se recomiendan estudios radiológicos para corroborar el diagnóstico de fractura de la meseta tibial. El TAC es la prueba más adecuada para conocer la afectación en el caso de multifragmentación de la meseta, el tamaño de los fragmentos y el grado de hundimiento. Los objetivos del tratamiento: obtención de la congruencia articular, la consolidación ósea, y conseguir una articulación estable. Un tratamiento erróneo puede dar lugar a inestabilidad, deformidad y limitación de la movilidad, con los consiguientes cambios artrósicos.

A-1834

SÍNDROME RETROPERITONEAL TRAS ACCIDENTE DE TRÁFICO

**P Rodríguez Lavado, A Morales González, M de la Torre Olivares,
D Fernández Garrido, D Rosillo Castro**

Hospital Comarcal del Noroeste. Murcia

Palabras clave: perforación, retroperitoneal, tráfico

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Presentamos una paciente de 32 años, sin antecedentes de interés que es llevada a urgencias del hospital por los servicios del 061 tras sufrir un accidente de tráfico fronto-lateral, de alta energía, a unos 80km/h, llevando puesto el cinturón de seguridad. Se objetiva expulsión del airbag. Sin traumatismo craneoencefálico ni pérdida de conocimiento, sale por su propio pie del vehículo. Durante el traslado presenta constantes estables, refiriendo dolor abdominal y muñeca derecha con deformidad. Tras su acogida en urgencias se cursa batería diagnóstica donde, analíticamente, no se encuentra ningún dato destacable y en radiografías simples, se objetiva fractura de radio distal. Se realiza TC con contraste intravenoso, no encontrando hallazgos en el TC de tórax, mientras que en abdomen y pelvis se informa de fractura con acúñamiento del cuerpo vertebral L5. Resto sin hallazgos. La paciente ingresa en planta con tratamiento ortopédico. Ante la aparición de una microhematuria se decide nuevo control de imagen. La paciente presenta molestias abdominales sobretudo en la zona del cinturón. Al iniciar la ingesta con contraste oral (gastrográfín) refiere un súbito dolor, acompañado de taquicardia, sensación de malestar y signos de peritonismo. En la nueva TC, no se aprecian masas ni adenopatías intraabdominales. Existe líquido libre subfrénico izquierdo, perihepático, en espacios pararenales anterior y posterior y en espacio de Douglas. Se aprecia aire extraluminal adyacente a la rodilla del duodeno, el cual presenta paredes engrosadas. Patrón de asas intestinales normal. Pared abdominal normal. Pelvis normal. Fractura de cuerpo vertebral de vértebra lumbar. Concluyendo, se encuentra neumoperitoneo y líquido retroperitoneal, así como en Douglas secundario a rotura de víscera hueca, probablemente duodeno y laceración hepática. Ante tales hallazgos se decide cirugía urgente.

Conclusiones:

En traumatismos abdominales cerrados es necesaria una especial valoración, principalmente en aquellos en los que se sospecha que pueda existir compresión o aplastamiento entre estructuras rígidas que puedan condicionar ruptura o estallido de estructuras huecas, como es el caso del duodeno (síndrome retroperitoneal). Lesiones duodenales suelen presentar una indefinición clínica que no da la cara hasta pasadas las 12-24 h por lo que se recomienda dicho periodo de observación hospitalaria con estrecha vigilancia.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1835

ROTURA HEPÁTICA POR CAÍDA CASUAL EN PACIENTE ANCIANO

K Vevatne, E González Marín, O Cornejo Yanez

Hospital Universitario Sagrat Cor. Barcelona

Palabras clave: anticoagulante, laceración, anciano

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer 90 años, que sufre una caída casual en domicilio. antecedentes de demencia sin aparente deterioro cognitivo afectación de memoria reciente, HTA, prótesis en ambas rodillas, fibrilación auricular, anticoagulada con rivaroxaban. caída estando de pie y sin TCE, no pérdida de conciencia, 10 minutos más tarde parece presentar un síncope miccional en el baño, acompañada y no cae al suelo. En urgencias la paciente está consciente pero desorientada, refiere dolor en fosa iliaca derecha, pero no dolor torácico ni síndrome miccional. La paciente no recordaba los episodios descritos. A la exploración no impresiona de gravedad, auscultación respiratoria normal, tonos cardiacos rítmicos y un soplo sistólico 2/6, abdomen blando con dolor difuso a la palpación, no se palpan masas, no defensa, puño percusión lumbar negativa, extremidades sin edemas. Neurológicamente sin focalidad. constantes al ingreso TA: 137/80, FC: 83L/min, satO₂: 96% basal. ECG: fibrilación auricular a 60 L/min, (bisoprolol). Analíticamente hematocrito 41.7%, Hemoglobina 12.8 g/dL, plaquetas 251.000/ul, leucocitosis 14.160/ul, neutrofilia (82,5%). INR: 1.23, glicemia 1.32g/L, AST 110U/L. TAC craneal no evidenció lesiones agudas post TCE y de ningún otro tipo. Se revalora dolor abdominal por cirugía y se decide realizar TAC abdominal, que informa de laceración hepática grado II con hemoperitoneo sin evidencia de sangrado activo. Se consultó con hospital terciario y dada la estabilidad hemodinámica de la paciente y no evidencia de sangrado se decide ingreso para observación en UCI y realizar hematócritos seriados. La paciente permaneció estable hemodinámicamente, se realizó angioTAC abdominal sin observar signos de sangrado activo y se dió de alta a planta. Se reinició tratamiento con dabigatrán tras consulta con hematología por ausencia de signos de sangrado. Finalmente alta a sociosanitario recomendando supervisión para evitar caídas y seguimiento en consultas externas días más tarde, la paciente se mantenía con buen estado general y abdomen no doloroso.

Conclusiones:

Las caídas en ancianos son potencialmente graves Las lesiones internas pueden pasar desapercibidas dada la confusa sintomatología o la poca colaboración del paciente. La rotura hepática es rara o es infradiagnosticada La descoagulación es un factor de riesgo de lesiones graves. Los traumatismos en el anciano deberían considerarse como un trauma graves desde el primer momento.

A-1836

TRAUMA CERVICAL EN UN CICLISTA

A Sevillano Ortega, A Moreno González, S Pelle, C Fernández Julià, L Dias, F Muñoz Pérez

Hospital Quiron Salud Palmaplanas. Palma, Islas Baleares

Palabras clave: DTACI, ACV, RMN

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción. Los traumas cerrados de cuello, ocasionados por accidente de tráfico suponen un importante reto, las lesiones vasculares graves a veces no se detectan tempranamente y más de 80% implican arterias carótidas. En traumas cerrados, la incidencia de disección traumática de carótida interna (DTACI) es 0.08-0.4%, del accidente cerebrovascular (ACV) es 56% y la mortalidad alcanza 41% cuando hay daño de la carótida interna. El diagnóstico clínico puede incluir dolor, síndrome de Horner, parálisis de nervios craneales, o isquemia cerebral. Con el uso de pruebas no invasivas, como RM y angioTAC, el diagnóstico se ha incrementado. Objetivo Describir el caso de ciclista que presentó ACV isquémico secundario a DTACI tras trauma cervical. Caso clínico Varón de 46 años, sin antecedentes patológicos, acudió a Urgencias por medios propios, tras sufrir caída de su bicicleta con trauma contuso cervical lateral izquierdo. Durante valoración inicial refería dolor y presentaba dermatografismo en dicha área, sin otra clínica asociada o hallazgos patológicos. Tras 2h en observación y realización de radiografía cervical, presentó desorientación, afasia, hemiparesia derecha y síncope, con TA 90/50. Se recuperó de cuadro sincopal pero mantenía afasia, Horner izquierdo e hipoestesia brazo derecho. El AngioTAC troncos supraórticos mostró disección con oclusión de carótida izquierda y la AngioRMN cerebral pequeña área de isquemia temporal izquierda y oclusión completa de carótida izquierda. Discusión La DTACI puede ser silente hasta que produce la isquemia secundaria. El 50% de casos son asintomáticos en las primeras 24h. El dolor de cabeza y cuello son la manifestación más frecuente en 64-74% de pacientes. La arteriografía cerebral es el gold standard para el diagnóstico definitivo de la disección carotídea, la angio-RMN y angio-TAC en estudios comparativos demostraron una alta especificidad y sensibilidad para el diagnóstico de las disecciones arteriales cervicales.

Conclusiones:

Dado el periodo de latencia asintomático, el diagnóstico de la DTACI puede ser tardío y grave. Por ello, debemos estar atentos al mecanismo del trauma y la situación clínica del paciente para solicitar estudios diagnósticos adecuados.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1837

MUJER DE 36 AÑOS CON DOLOR PERIUMBILICAL Y EPIGASTRIO

A Mesa Vega (1), S Pendón Fernández (1), A Ramírez Fernández (2), A Arana Bravo (1), D Pérez López (1)

(1) Hospital Comarcal Axarquía, (2) CS Torrox (AGS Este Málaga), Málaga

Palabras clave: dolor abdominal, vómitos, gossypiboma

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Mujer de 36 años que consulta por 2º vez al servicio de urgencias por dolor abdominal y vómitos. AP: Cesárea en octubre 2013 por preeclampsia con ileo paralítico tras intervención. Valorada por ginecología en nov. 2013 por masa infraumbilical dolorosa siendo diagnosticada de útero subinvolucionado y síndrome adherencial (nueva valoración ginecológica en julio 2014 con tamaño uterino normal). Catalogada de hernia abdominal tras embarazo. Anamnesis: Dolor periumbilical irradiado a epigastrio desde hacia unas 24 horas junto con náuseas y vómitos por lo que acude a urgencias hospital con pruebas analíticas donde destaca leucocitosis con desviación izq. (leucocitos 16.840 con 92.1% de neutrófilos) y Rx simple normal. Continúa con misma sintomatología por lo que acude a centro privado donde realizan Ecografía abdominal indicándole verbalmente que se trata de una hernia siendo derivada de nuevo a urgencias hospitalarias. Exploración física: Afectada por el dolor con posición antiálgica. Destaca dolor importante a la palpación a nivel hemiabdomen inferior donde se aprecia masa de gran tamaño, dolorosa e irreductible. Pruebas complementarias: Se realiza nueva AS apreciándose leucocitos 18.100 con 87.7% neutrófilos y se solicita Ecografía/TAC abdominal: Lesión intraabdominal bien encapsulada de 10*8 cm de diámetro secundaria a cuerpo extraño, obstrucción secundaria de intestino delgado. La paciente ingresa a cargo del servicio de cirugía realizando intervención quirúrgica (obstrucción intestinal con adherencias de asas de intestino delgado y sigma a tumoración de origen quístico con cápsula alrededor conteniendo pus en probable relación con textiloma). Buena evolución posterior.

Conclusiones:

El textiloma o gossypiboma puede ser una patología infradiagnosticada debido, en parte, a la normalidad de las pruebas de imagen que se unen a la poca habituación de verlas en Rx simple y a que sus manifestaciones clínicas pueden ser años después de la intervención, por lo que, ante obstrucción intestinal en paciente intervenido debe ser una causa a tener en cuenta. Una forma de abordaje sería la prevención, por ejemplo, el conteo meticuloso del material usado.

A-1838

OBSTRUCCIÓN INTestinal EN PUÉRPERA

MD Pérez López, A Arana Bravo, A Mesa Vega, A Ramírez Fernández, S Pendón Fernández

Hospital Comarcal Axarquía. Málaga

Palabras clave: puerperio, obstrucción intestinal, vólvulo

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer 43 años. AP: Anemia. IQ: cesárea hace 12 años. Acude a nuestro centro refiriendo haber sido intervenida de cesárea electiva hace 9 días. A las 48 horas de su intervención comienza con cuadro de deposiciones diarreicas líquidas 3-4/d sin producto patológico, asociado a vómitos que ceden tras la administración de antieméticos. Tras alta comienza nuevamente con diarreas y vómitos. Tres días antes de su ingreso se asocia al cuadro fiebre de 38.5°C, dolor abdominal de predominio en hipogastrio y distensión abdominal. A su llegada presenta TA 138/84 FC 136 tº 38.4°C sO2 92%. Exploración Signos enfermedad Signos deshidratación Taquicárdica y taquipnea. ABD distensión abdominal, doloroso a la palpación generalizada con signos de peritonismo, más intenso en hipogastrio. Cicatriz quirúrgica sin signos de infección. Timpánico a la percusión. Pruebas complementarias PCR: 495. Na: 128. K:2.8. Rx SAD distensión de asas de delgado y grueso generalizada. Se realiza eco-TAC Abdomen: distensión de asas de ID y colon estando algunos segmentos colapsados, sin objetivarse causa obstructiva, dilatación ampolla rectal. Pequeña colección en Douglas. Colección con presencia de burbujas aéreas subyacentes a herida quirúrgica que sugiere la presencia de hematoma infectado. Evolución Valorada FEAS estiman inicialmente tratamiento conservador. La evolución es tórpida hacia un deterioro clínico y analítico. Valorada nuevamente por Cirujano Guardia indica laparotomía urgente comprobándose gran dilatación de ciego en posición superior con dilatación masiva de intestino delgado compatible con vólvulo de ciego procediéndose a devolvulación.

Conclusiones:

La presencia de dolor abdominal vago junto a la presencia de volumen más o menos aumentado del útero explica que el diagnóstico de un síndrome oclusivo intestinal resulte muy difícil durante el embarazo o puerperio inmediato. La segunda causa de oclusión intestinal es el vólvulo de intestino delgado, en el embarazo representa un 25% (22% en ciego). Su presentación en puerperio inmediato es extraordinario estando su gravedad relacionada con el retraso diagnóstico y terapéutico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1839

A MÍ ME HAN TRAIDO

P López Tens, A Blanco García, D Fernández Torre, M Andrés Gómez, ME Guerra Hernández, D López Fernández, SF Pini

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras clave: fractura de odontoides, cervicalgia, traumatismo craneoencefálico

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción: Las fracturas de odontoides son las fracturas más frecuentes de la columna cervical en los pacientes ancianos. En estos pacientes las caídas son el mecanismo más frecuente de fractura. La clínica oscila desde leves molestias cervicales hasta tetraplejía o incluso la muerte. En su tratamiento se barajan terapias quirúrgicas y no quirúrgicas como collares cervicales o halo-chaletco. **Objetivos:** La importancia de realización de radiografía cervical en los servicios de Urgencias. Las fracturas de C1 y no C2 no siempre son tan graves. **Material/Descripción del caso:** Varón de 79 años que es traído por dudosa caída desde su propia altura en contexto étlico hace un mes y medio por persistencia de dolor cervical. No focalidad neurológica. **Exploración física:** Glasgow 15 puntos. Buen estado general. Dolor con la movilización cervical activa y pasiva con ligera actitud en rotación externa derecha y flexión de la misma. **Exploración neurológica normal** con Fuerza y sensibilidad normal y ROT (++). **Resultados:** - Rx cervical: Inversión de la lordosis cervical. Fractura de C2, con marcada listesis anterior del fragmento proximal. Hallazgos compatibles con defecto de fusión parcial C2-C3 (bloque vertebral). TC cervical: Fractura conminuta de la porción más superior del cuerpo del axis con extensión a la apófisis transversa derecha y desplazamiento anterior de la apófisis odontoides. Aumento de partes blandas perivertebral. Adicionalmente se objetiva una cervicoartrosis severa con estenosis foraminales bilaterales difusas. Inversión de la lordosis cervical fisiológica.

Conclusiones:

A pesar de la gravedad teórica de las lesiones, tanto la clínica de nuestro paciente, como la exploración física, no ponen de manifiesto la misma, demostrando la importancia y la utilidad de una radiografía cervical simple ante traumatismos de intensidad moderada. Es la principal y rápida prueba disponible en Urgencias y debe solicitarse para descartar lesiones potencialmente peligrosas. La clínica puede presentarse desde la cervicalgia hasta focalidad neurológica grave, por ello se debe descartar lesión ósea asociada.

A-1840

TRAUMATISMO TORÁCICO CON VÓLET COSTAL, 10 HORAS DESPUÉS

D Escalada Pellitero (1), P González Recio (2), S Escalada Pellitero (2), I Ariño Pérez de Zabalza (3), D Armas Zambrano (1), M Claver Buesa (4)

(1) Centro de Salud San Juan. Pamplona, (2) Complejo Hospitalario de Navarra, (3) Hospital San Pedro. Logroño, (4) Centro de Salud Chantrea. Pamplona

Palabras clave: wounds and injuries, rib fractures, alcoholic intoxication

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 62 años, jubilado, antecedente de hernias lumbares asintomáticas. Consulta en Urgencias por dolor punzante en clavícula y parrilla costal izquierdas, que aumenta con la inspiración. Lo ha notado al despertar. Como desencadenante describe un probable traumatismo al caer de su bicicleta, con amnesia completa, tras consumo de alcohol (reconoce 4-5 vinos) Habría sido 10 horas antes de consultar en Urgencias. Presenta buen estado general, TA 138/69 mmHg, FC 78 lpm, SatO2 98% respirando aire ambiente. Dolor como único síntoma. **Exploración física:** Cabeza: Herida contusa de unos 3 cm en región temporal izquierda, con coágulos adheridos. Tórax: Ventilación de ambos hemitórax con dolor intenso a la inspiración profunda. Sutil movimiento paradójico en hemitórax izquierdo con las inspiraciones profundas. Hematoma y deformidad sobre tercio medio clavicular, dolorosa a la palpación y con impotencia funcional para abducción del hombro. **Exploración neurológica normal.** Se solicita RX de tórax donde se objetiva fractura de clavícula y de al menos 3 costillas, por lo que se amplía con TC craneal y torácico. **Informe del TC:** Craneal: Cefalohematoma, sin patología intracraneal. Torácico: Imágenes de fracturas de arco costal de 3ª costilla izda y de arcos costales en dos puntos diferentes de la 4ª, 5ª, 6ª y 7ª costillas izdas, con desplazamiento de alguno de los fragmentos. Hematoma de partes blandas. No Neumotórax ni derrame pleural. Fractura de clavícula izquierda. Analítica de sangre sin hallazgos patológicos (no se solicitó alcoholemia)

Conclusiones:

El paciente ingresa en observación para control de dolor y vigilancia de mecánica respiratoria. Al reinterrogar reconoce haber bebido algo más de lo que dijo en la primera entrevista, y asegura haber colgado la bicicleta en la pared al regresar a casa. La estancia transcurre sin incidencias, por lo que al día siguiente se traslada al servicio de Cirugía Torácica. A pesar de haber sufrido un probable politraumatismo de alta energía con fracturas múltiples, el paciente tardó 10 horas en consultar dado el efecto analgésico del alcohol. Se incluyen imágenes de la reconstrucción en 3D del TC torácico, donde se aprecia el vólet.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1841

POLITRAUMATISMO, ¿REALIDAD O FICCIÓN?

**M Pons Claramonte (1), N Martínez Navarro (1),
E Cañada Cámara (1), M Boksan (1), C Cerezo Espinosa (2),
M Rodríguez Alonso (1), S Nieto Caballero (3)**

(1) Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena, (2) Enfermera REA. Hospital de La Vega, (3) Médico O61. Región de Murcia

Palabras clave: traumatismo múltiple, escáner de TC por rayos X, muerte

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 40 años que es traída por UVI Móvil a Urgencias por precipitarse de unos 15 metros de altura tras ingesta de BZD y con fines autolíticos. EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente, GCS 13-14/15, Palidez cutáneo-mucosa, pupilas levemente mióticas, reactivas. AC: Rítmica, taquicárdica. AP: Hipoventilación en base izquierda, Abdomen: Doloroso a la palpación, blando y depresible, no defensa ni signos de irritación peritoneal. Pelvis deformada e inestable. MMII: No deformidad, movilidad conservada. Constantes Vitales: TA90/40 mmHg, FC 120 lpm. Cirugía solicita TAC: Cráneo normal. Neumotórax anterior derecho. Múltiples fracturas costales derechas. Fractura escapular derecha. Rotura hepática. Alteraciones de perfusión renal derecha en polo superior e izquierda con realce parcheado extravasación de contraste a retroperitoneo. Sangrado intraluminal en asas intestinales. Fractura inestable del anillo pélvico con sangrado activo dependiente de ambas iliacas internas. Fractura multifragmentaria sacra y de rama ileopública derecha. CIFUGÍA: Previa a IOT, drenaje pleural derecho por hemo-neumotórax. Hemoperitoneo de unos 2-3 litros. Hematoma retroperitoneal de gran tamaño sobre todo derecho que se extiende a espacio preperitoneal. Sangrado activo en hilio hepático por desgarró en vena porta (se sutura). Packing hepático por inestabilidad hemodinámica pese a la reanimación agresiva. Traumatología realiza fijación externa de la pelvis y packing en espacio de Retzius. Urología: identifican sangrado arterial en hilio renal derecho. Nefrectomía derecha. Posteriormente nuevo packing hepático pero la paciente sufre parada cardiorrespiratoria y éxitus. JUICIO CLÍNICO: politraumatismo, intoxicación por fármacos, éxitus

Conclusiones:

A priori, y debido a la inestabilidad hemodinámica, la paciente no requería un TAC, existen actualmente métodos más rápidos y con alta sensibilidad (hasta 84,6%) y especificidad (llegando al 98,4%). Pese a ello la realidad de muchos hospitales en nuestro país es diferente y no es extraño la realización de un body-TAC a un paciente politraumatizado hemodinámicamente inestable previa a su entrada a quirófano. Debemos concienciarnos de que con otros métodos más rápidos realizados por personal entrenado podríamos asegurar que el paciente presenta sangrado abdominal y poder así cambiar esta tendencia.

A-1842

COMPLICACIÓN HEMATOMA INTRAABDOMINAL

**MC Cabrera Martínez (1), P Valverde Vallejo (1),
V Becerra Mayor (2), MM Becerra Mayor (1), I Correa Rosales (1),
V Parent Mathias (1), A Rando Jiménez (1)**

(1) Hospital Regional de Málaga, (2) Hospital La Línea de la Concepción. Cádiz

Palabras clave: complicación, hematoma, pared abdominal

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 79 años, vive con su esposa dependiente parcialmente. Sin alérgicas medicamentosas conocidas, exfumador, hipertensión arterial. Trombocitosis esencial. Antecedentes quirúrgicos, nefrectomía hace 13 años por tumor renal y amputación supracondílea de miembro inferior derecho (MID). Tratamiento: captopril, clorazepato dipotásico, ácido acetil-salicílico, omeprazol, paracetamol, furosemida 40. Acude a urgencias por dolor abdominal difuso tipo cólico, malestar general, hematuria, y fiebre de horas de evolución de hasta 38.5°C. Estreñimiento de tres días de evolución. Dado de alta hace tres días tras intervenirle de amputación supracondílea de MID por isquemia arterial crónica que tras la realización de varias arteriografías presentó episodio de dolor abdominal intenso y anemia evidenciándose hematoma de rectos con extensión intraabdominal que se decidió manejo conservador. A la exploración esta afebril, 128/73, frecuencia cardíaca de 90. Abdomen duro, distendido, timpánico con sensación de masa de 5 centímetros en flanco derecho, correspondiente a hematoma, con molestias difusas a la palpación. En las pruebas complementarias, la radiografía simple de abdomen era normal, se objetivó, discreta leucocitosis con proteína C reactiva elevada, trombocitosis y análisis de orina con leucocitos positivos e indicios de hematuria. Presenta durante su estancia pico febril de 38° C y bacteremia con temblor y se solicita prueba de imagen para filiar, foco febril urinario o abdominal. El TAC informa hematoma intraabdominal con signos de infección y amplia comunicación con vejiga, sin signos de sangrado activo. Fue valorado conjuntamente por cirugía general y urología, dada la estabilidad hemodinámica, analítica y aceptable estado general se realiza drenaje del hematoma en quirófano y se ingresa.

Conclusiones:

Podemos concluir que el hematoma de pared abdominal es una entidad clínica poco frecuente, se origina por la rotura de la arteria epigástrica inferior o bien de pequeños vasos del músculo recto anterior del abdomen. Esta patología tiene diversas causas. La importancia de este proceso radica en que se confunde con un cuadro de abdomen agudo. Por tal motivo, este cuadro debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial. Concretamente en nuestro paciente ante el antecedente de hematoma previo y cuadro febril debería haberse sospechado de una posible complicación y solicitar con rapidez pruebas de imagen concluyentes.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1843

DOLOR ABDOMINAL EN PORTADOR DE CUERPOS EXTRAÑOS

Y Aranda García, MJ Estévez Rueda, C de la Casa Resino

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Palabras clave: dolor, cuerpos extraños

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 42 años angloparlante que es traído a Urgencias desde el aeropuerto Adolfo Suárez (Madrid-Barajas) bajo custodia policial procedente de Perú con sospecha de ser portador de cocaína intraabdominal (body-packer). Refiere discreto dolor/molestia abdominal. Niega consumo habitual de drogas y refiere haber ingerido unas 45 bolsas con cocaína sólida, que le han proporcionado ya hechas. No refiere fiebre ni dolor torácico. No presenta signos sugestivos de intoxicación aguda por cocaína. Exploración Física: TA 146/94 FC 92 lpm Sat O2 97 % T° 36°C Consciente y orientado. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando, depresible, levemente doloroso a la palpación en hemiabdomen inferior, ruidos presentes, no signos de irritación peritoneal PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Analítica sin datos a destacar. EKG: Ritmo sinusal a 90 lpm. Eje QRS derecho. T invertida en III y aVF. No otras alteraciones de la repolarización. RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN: Múltiples imágenes de cuerpos extraños intraabdominales. EVOLUCIÓN Tras valoración inicial el paciente pasa a la UVU (Unidad de Vigilancia en el servicio de Urgencias) para observación. Se inicia tratamiento con laxantes (Movipred®), dieta líquida y actividad libre. A las 24h de observación el paciente refiere intenso dolor abdominal localizado en hemiabdomen inferior, y ausencia de eliminación de cuerpos extraños, aunque mantiene deposiciones líquidas. En radiografía de control, se objetiva un stop en la progresión de cuerpos extraños a nivel de sigma. Posteriormente comienza con intenso dolor en fosa ilíaca izquierda, defensa abdominal, sudoración, hipertensión (TA 160/100) y taquicardia (95lpm). Ante el inicio de la clínica compatible con abdomen agudo, y con la sospecha de rotura de cuerpo extraño, se contacta con el servicio de Cirugía General, para intervención quirúrgica urgente, objetivando diverticulitis aguda en sigma con datos de microperforación. Cuerpos extraños en colon ascendente transversal y sigma, extrayéndose un total de 66 bolas.

Conclusiones:

Es amplia la experiencia en el manejo de estos pacientes. Las complicaciones suelen ser poco frecuentes y cuando aparecen se deben a la rotura de un cuerpo extraño. El caso presentado es el primero reportado en el que ante la sospecha de rotura de cuerpo extraño, se interviene al paciente encontrándose una diverticulitis con colitis isquémica multifocal en la zona expuesta a cocaína.

A-1844

FRACTURA DE APÓFISIS ODONTOIDES. DIFICULTAD DIAGNÓSTICA EN EL ANCIANO

JE Cobo Muñoz, J Beteta Moya, AF Perea Fernández

Complejo Hospitalario de Jaén

Palabras clave: fractura odontoides, anciano, diagnóstico

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón, 78 años. Antecedentes de HTA, Asma Bronquial y Fibromialgia. Consulta por presentar episodios recurrentes de cefalea intensa de localización occipito-parietal de meses de evolución que no han mejorado tras tratamiento analgésico. Valorado por dicho motivo en varias ocasiones en el Servicio de Urgencias, descartándose patología aguda urgente, tras haberle realizado exploración física completa y pruebas complementarias, incluido TAC Craneal. Examen neurológico normal. Sólo destaca en la exploración, discreta molestia a la digitopresión y contractura muscular a nivel de ambos trapecios, así como rigidez articular cervical. Se solicita radiografía anteroposterior y lateral de columna cervical en la que se aprecia, además de signos de artrosis degenerativa, imagen radiológica ambigua a nivel de C1-C2. Ante ausencia de clínica compatible, se realiza nueva anamnesis en la que el paciente reconoce que hace aproximadamente 8 meses, sufrió caída accidental en su domicilio con contusión craneal, siendo valorado por ello en nuestro servicio, descartándose presencia de lesiones tras realización de TAC Craneal. Confirma que la sintomatología por la que consulta se inició a partir de este momento. Se completa estudio con TAC de Columna Cervical en el que se evidencia fractura de trazo transversal oblicuo en cuerpo y base de apófisis odontoides, entre C2, áreas de erosión ósea y leve desplazamiento anterior del fragmento proximal (Fractura Tipo III clasificación Anderson y D'Alonzo). El paciente es valorado por Neurocirugía. Dado el tiempo de evolución de la lesión y que ésta impresiona de estable se decide realizar tratamiento conservador.

Conclusiones:

Las fracturas de la apófisis odontoides son las más comunes en el raquis cervical. La clínica es variable, desde la cervicalgia hasta la tetraplejia. En los ancianos la sintomatología es menor y pueden pasar desapercibidas. La anamnesis se suele ver artefactada por su multimorbilidad. Debemos preguntar por antecedentes traumáticos, dado que es el mecanismo etiológico más frecuente. La artrosis presente en estos pacientes puede estabilizar las fracturas y no evidenciar una clínica clara hasta que se produce un nuevo traumatismo o una movilización de flexo-extensión forzada. En pacientes ancianos que consultan por traumatismo craneal, deberíamos realizar una radiografía cervical siempre que existan signos y síntomas de lesión cervical o el mecanismo lesional sea susceptible de producirla.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1845

ABDOMEN AGUDO: NO SIEMPRE ES APENDICITIS

CF Basantes Acurio, P Redondo Galán, IA Castillo Castro,
R Hernández Agujetas, MM Gorospe Molina, V Quinto,
E Tejeda Pérez

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

Palabras clave: abdomen, apendicitis, teratoma

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 18 años derivada al Servicio de Urgencias desde su Centro de Salud con sospecha de Apendicitis Aguda. Refiere dolor abdominal de predominio en FID desde hace varios días, más agudizado en las últimas horas, con síntomas asociados de náuseas, hiporexia, febrícula y estreñimiento. No molestias a nivel miccional ni otros datos de interés. En la exploración física destaca defensa abdominal, sobre todo en hemiabdomen derecho, con punto gatillo en fosa ilíaca-ovárica. Desde urgencias se solicita analítica completa y radiografía simple de abdomen. Se recibe resultado de radiografía de abdomen en la que se observa imagen compatible con masa a nivel ovárico derecho, por lo que se traspa a la paciente al Servicio de Ginecología para completar estudio y tratamiento. El resto de pruebas analíticas solicitadas fueron normales, destacando únicamente ligera elevación de PCR. La ecografía abdominal confirmó la presencia de teratoma maduro a nivel ovárico derecho. La paciente fue programada ese mismo día para intervención quirúrgica.

Conclusiones:

Los teratomas ováricos son neoplasias de origen germinal que contienen variedad de tejidos de las tres capas germinativas: ectodermo, mesodermo, endodermo (hueso, pelo, músculo, epitelio, incluso dientes). Suponen el 30% del total de los tumores ováricos, y en su gran mayoría son benignos, sufriendo sólo un pequeño porcentaje transformación maligna. Los Teratomas son la neoplasia ovárica más común de mujeres menores de 20 años. Entre las formas de presentación clínica encontramos descrita la torsión ovárica, infecciones, ruptura y anemia hemolítica. También se asocian a dificultades para la fecundidad. La solución definitiva es la extirpación quirúrgica, dependiendo del tamaño es viable la Cirugía laparoscópica o se precisa la Cirugía abierta. En la mayoría de las casos posteriormente la función ovárica se ve afectada.

A-1846

DISOCIACIÓN ESCAPULO TORÁCICA TRAUMÁTICA

A Herrer Castejón, M Angulo Tabernero, C Garcés San José,
M Javierre Loris, B Gros Bañeres, F Martínez Delgado

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Palabras clave: articulación escapular, plexo braquial, politrauma

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 84 años que, tras haber sufrido caída casual, presenta dolor en hombro izquierdo, con gran inflamación, actitud en abducción, parálisis flácida del miembro superior izquierdo y deformidad a nivel de la escápula. La exploración de la perfusión distal resultó normal. En el estudio radiológico inicial se apreció una luxación escápulo-humeral que fue reducida bajo sedación en el área de Urgencias. El paciente presentó episodio de hipotensión, con caída de 5 puntos del hematocrito. Se solicitó estudio angio-TAC (a pesar de la persistencia de pulso radial) que confirmó la existencia de disociación escapulotorácica izquierda y lesión de la arteria axilar. El servicio de Cirugía Vascular procedió a la implantación de dos dispositivos endovasculares por vía radial. Tras severas complicaciones cardiopulmonares, el paciente se recuperó por completo (salvo de su lesión osteoarticular), lo que indica que la parálisis inicial se debió a fenómenos compresión y no a una lesión plexural. La disociación escapulotorácica es una lesión rara asociada a traumatismos de alta energía (motocicleta fundamentalmente), con una altísima mortalidad y que se asocia a lesiones del plexo braquial y de la arteria axilar. La muerte suele sobrevenir debido a complicaciones cardiopulmonares o bien a la severidad del politraumatismo inicial.

Conclusiones:

En nuestro caso el paciente no sufrió complicaciones cardiopulmonares y su evolución fue favorable, contra todo pronóstico, dada la edad y la gravedad de la lesión. Como secuela presenta parálisis del plexo braquial y puede llevar una vida activa dentro de las limitaciones propias de su edad.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1847

CORDOMA, COMO CAUSA DE COCCIGODINIA CRÓNICA

AM Piera Carbonell (1), MP Gómez Menéndez (2), MJ Rodríguez Ourens (1), B Vilaboy Arias (1), M García Rodríguez (1), O Rodríguez Maroto (1), MR Carrio Hevia (1)

(1) Hospital de Cabueñes, (2) Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Palabras clave: chordoma, back pain, radiography

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Introducción: La coccigodinia es una patología que provocan dolor crónico con gran repercusión sobre la calidad de vida, la esfera emocional y la salud en general. Los pacientes que sufren este tipo de dolor suelen visitar múltiples especialistas sin que éstos, en muchas ocasiones, puedan aportarle ninguna solución definitiva. **Objetivo:** remarcar la importancia de la exploración correcta. **Pacientes y método:** presentamos el caso de una mujer de 54 años que acude al Servicio de Urgencias por dolor en Región sacrococcígea, sordo, intenso de meses de evolución, con múltiples consultas por dolor que se había interpretado como lumbalgia y pautado analgésicos sin mejoría. A la exploración, se palpa masa de unos 3-4 cm de diámetro, de consistencia pétreo, adherida a planos profundos, dolorosa a la palpación, sin signos inflamatorios locales. Se realiza tacto rectal palpándose tumoración pétreo en cara posterior, dolorosa a la palpación. Se realiza Rx lumbosacra donde se observa lesión lítica en porción distal de sacro, con desflecamiento del mismo en la porción inferior no visualizándose cóccix, confirmándose con TC y RMN realizadas informadas como masa lítica que mide aproximadamente 6,2 x 8,2 x 8,8 cm según los ejes anteroposterior, longitudinal y transversal respectivamente, con origen sacrococcígeo, desde S3-S4 hasta la primera vértebra coccígea. Asocia formación de una masa de partes blandas presacra y en sentido posterior infiltra el vientre del glúteo mayor en el lado derecho. Presenta unos bordes polilobulados bastante bien definidos. Se realiza biopsia que confirma diagnóstico de cordoma. **Resultados:** la coccigodinia puede deberse a traumatismos, discopatías, bursitis, lesión de articulaciones o músculos del suelo pélvico, proctalga fugax (espasmos de musculatura perianal), sinus pilonidal/ fístula perianal, artritis/ osteítis/ hemangioma sacro, depresión/ neurosis/ somatización, tumores: schwannoma intradural, neurinoma, quiste aracnoideo, tumores gnómicos, Cordoma u otros (tumor de células de notocorda, carcinoma tricoblástico), metástasis, procesos neoplásicos viscerales.

Conclusiones:

Ante todo paciente con dolor en región sacra, sobre todo cuando el dolor persiste o aumenta a pesar del tratamiento resulta imprescindible una buena exploración clínica con tacto rectal, y minucioso examen radiológico de R. sacrococcígea.

A-1848

TRAUMATISMO TORÁCICO CON FRACTURAS COSTALES MÚLTIPLES Y COMPLICACIONES

P Fajardo Velasco, ML Abolafia Montes, JL Martínez Fernández

Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén

Palabras clave: dolor torácico, disnea, neumotórax

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Presentamos caso clínico, paciente con traumatismo torácico con fracturas costales múltiples, como complicación extenso enfisema subcutáneo, neumomediastino y neumotórax parcial apical izdo. El paciente acude a urgencias por dolor costal izdo acompañado de tumefacción a nivel de región anterior de hemitórax izdo, cara y cuello, disnea y voz gangosa. En el contexto de traumatismo torácico de varios días de evolución. Antecedentes personales asma bronquial, LES con lesiones cutáneas, fotosensibilidad, ANA+, AL+ y abortos de repetición, dislipemia e hipercalcemia idiopática intermitente, depresión. **Enfermedad actual:** presenta dolor costal izdo, tumefacción en región anterior de ambos hemitórax, cara y cuello y voz gangosa. Aporta rx de tórax donde se visualiza fractura de 7º, 8º y 9º arco costal izdo tras traumatismo hace 3 días- Por el cual acudió a urgencias los días previos. **Exploración física:** crepitación a la palpación a nivel de región anterior superior de tórax y tercio proximal de ambos brazos. ACP. tonos rítmicos no soplos. Crepitantes bibasales. Resto sin hallazgos a destacar, sat O2 94%, FC.105 lpm, TA. 120/80. **Pruebas complementarias:** H1+bioq+coag. sin hallazgos. Rx de tórax: fracturas costales (7º, 8º y 9º arco costal izdos, enfisema subcutáneo extenso y neumomediastino. Se aprecia líneas divergentes radiolúcidas y radiopacas. Ante la existencia de enfisema subcutáneo hay que pensar en la existencia de fracturas costales y lesión del parénquima pulmonar. **SU detección** debe constituir elemento de alarma. Neumomediastino. principalmente por traumatismo de la vía aérea (no presentes en este caso). El paciente fue valorado en observación por cirujano de tórax quedando ingresada en cirugía de tórax. En planta se de realiza analítica completa y Tac torácico confirmando el diagnóstico previo a lo que se añade neumotórax parcial apical izdo. La evolución favorable con medidas de reposo y tratamiento sintomático. Fue dado alta con reposo relativo, analgesia y cita en consulta. **Juicio clínico.** Traumatismo torácico izdo, fracturas múltiples, neumotórax parcial izdo, neumomediastino y enfisema subcutáneo extenso.

Conclusiones:

Ante todo traumatismo torácico hay que tener en cuenta las lesiones más frecuentes y sus complicaciones, siendo las fracturas costales indicador de severidad del mismo, desde la 4º a la 9º las más frecuentes. En este caso las complicaciones indican traumatismo torácico de moderada envergadura.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1849

ESPONDILILISTESIS CERVICAL TRAUMÁTICA

R Escalero Rodríguez, E Avilés Aguilar, C Teijeiro Bermejo,
I Martín Ureste, C Hernández Rodríguez, R Aparicio Alonso

Hospital Virgen de la Concha. Zamora

Palabras clave: espondilolistesis, espondilolisis, traumatismos cervicales

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Exposición de un caso atendido en el servicio de Urgencia con TCE, dolor cervical tras caída de una escalera. Varón de 43 años con secuelas pie equino congénito, sin factores de riesgo cardiovascular, es traído al servicio de urgencias por 112 tras caída rodando por escaleras. Inmovilizado con collarín cervical y colchón de vacío, refería TCE con pérdida de consciencia, dolor grado 8/10 cervical y tumefacción en brazo derecho con deformidad evidente. El paciente hemodinámicamente estable. Pupilas Isocóricas y normoreactivas, GCS 15 (AO4 RM6 RV5), no déficit motor en ninguna extremidad ni sensitivo salvo parestesias en mano derecha donde existía deformidad compatible con Colles, con buena vascularización distal. Auscultación Cardiopulmonar sin alteraciones, Abdomen no doloroso. EEII pies equino sin alteraciones. Ante la sospecha de TCE y posible lesión cervical se solicita TAC de cráneo-cervical, radiografía de brazo derecho confirmando Colles, tórax y pelvis normales. TAC CERVICAL: Listesis a nivel C5-C6 con desplazamiento de C2-C6 sobre el resto de la columna en sentido anterior. Listesis de grado IV/IV. Fractura del anillo posterior de C6 y pérdida de altura de la parte anterior de C7.

Conclusiones:

Los traumatismos de la columna cervical pueden ser devastadores. Se estima que el 2-3% de los pacientes traumatológicos presentan lesiones cervicales de los cuales hasta el 25% sufren extensión de las lesiones debido a los retrasos en el diagnóstico y las manipulaciones indebidas. La espondilolistesis ocurre cuando una vértebra se desliza hacia adelante sobre la vértebra inferior. Según su nivel de desplazamiento se clasifica en grados I (25%), II (50%), III (75%) o IV (100%). Una historia detallada y la exploración física son esenciales. El retraso en el diagnóstico pone al paciente en riesgo de inestabilidad neurológica progresiva y deterioro. La tomografía axial computada, la resonancia magnética nos dan información sobre desplazamientos de fragmentos óseos o discales hacia el canal raquídeo, que puedan comprimir la médula.

A-1850

SÍNDROME DE MEIGS Y FIBROMA OVÁRICO GIGANTE

A Muñoz Galindo, J García Criado, R Herrero Antón,
V Sánchez Moro, I Corbacho Cambero, J Naranjo Armenteros,
R Rodríguez Borrego

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Palabras clave: síndrome de Meigs, fibroma, servicios médicos de urgencia

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Meigs consiste en la asociación de un tumor benigno de ovario ¿tipo fibroma? con ascitis e hidrotórax que se resuelve tras la extirpación del tumor. Pese a ser descrito a principios del siglo XX, su fisiopatología no parece estar del todo clara. **OBJETIVO:** Exponer la etiología, sintomatología, diagnóstico y tratamiento de una entidad infrecuente en el Servicio de Urgencias como es el caso del Síndrome de Meigs. **MATERIAL Y MÉTODO:** Mujer de 57 años con antecedente de Histerectomía por Mioma hace 15 años que acude al Servicio de Urgencias por presentar astenia e incremento de perímetro abdominal de meses de evolución. Las constantes vitales se encuentran dentro de la normalidad. En la Exploración Física llama la atención la presencia de disminución del murmullo vesicular en base izquierda y a nivel abdominal la presencia de ascitis y tumoración palpable en fosa ilíaca derecha de gran tamaño y consistencia pétreo. Ante estos hallazgos se solicita la realización de Electrocardiograma (ECG), Radiografía de Tórax, Analítica y Ecografía Abdominal. **RESULTADOS:** ECG y Analítica: sin hallazgos valorables. Radiografía de Tórax: Derrame Pleural Basal Izquierdo. Ecografía Abdominal: ante el hallazgo de gran tumoración abdominal el Equipo de Radiología de Guardia decide realizar Tomografía Computarizada de Tórax-Abdomen-Pelvis con resultado de derrame pleural izquierdo y masa de 25x17x25 cm de probable origen ginecológico acompañada de abundante líquido libre peritoneal. La paciente ingresa a cargo del Servicio de Ginecología y Obstetricia que realiza exéresis de lesión de 6,3 kilogramos con histología compatible con Fibroma Ovárico. Tras revisión en consulta, se constata desaparición de ascitis y derrame pleural.

Conclusiones:

Ante la presencia de ascitis, derrame pleural y masa abdominal, el diagnóstico de Síndrome de Meigs debe ser contemplado. La presencia de ascitis y derrame pleural parece relacionarse con la activación de citocinas y factores de crecimiento que aumentarían la permeabilidad capilar. Su resolución suele acontecer días después de la cirugía.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1851

¿HA TOMADO USTED IBUPROFENO PARA EL DOLOR?

B Sainz Santos (1), A Robles Amieva (1), C Fernández Pereda (1), A González San Emeterio (1), R Hernando Fernández (1), I Santos Donado (2), Z Soneira Rodríguez (1)

(1) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, (2) Centro de Salud Benavente Sur. Zamora

Palabras clave: neumoperitoneo, abdomen agudo, radiografía

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: consideramos como neumoperitoneo la presencia de aire libre extraluminal en la cavidad abdominal. La causa más frecuente, excluyendo la cirugía abdominal, es la rotura de víscera hueca (90%), siendo la úlcera gastroduodenal la etiología más habitual. Las pruebas diagnósticas son la radiografía simple de tórax en bipedestación (sensibilidad 80-85%) y de abdomen en decúbito lateral izquierdo (sensibilidad del 98%). El hallazgo más descriptivo es la presencia de una colección de aire con forma de semiluna bajo las cúpulas diafragmáticas (signo de la doble pared). Esto, junto con un cuadro clínico compatible es indicación suficiente de cirugía urgente. **OBJETIVO:** su potencial gravedad y el alto rendimiento diagnóstico de la radiología simple, hacen imprescindible su uso. Además de una adecuada exploración física, es indispensable identificar posibles factores de riesgo, como la toma de AINEs. **PACIENTES Y MÉTODO:** mujer, 55 años sin antecedentes de interés. Refiere cuadro de abdominalgia difusa de 24 horas de evolución que ha aumentado progresivamente, con sensación nauseosa, afebril, sin otra sintomatología acompañante. Exploración física: TA 120/65. FC 80lpm. FR 15 rpm. T° 36,4°C. Palidez cutánea. Normoperfundida. Abdomen: blando, depre-sible, doloroso a la palpación generalizada con defensa voluntaria, no signos de irritación peritoneal, Blumberg negativo, Murphy positivo, puño percusión renal derecha positiva. **RESULTADOS:** Bioquímica: Creatinina 1,26, Urea 39, FG 49, BB 0,8, GOT 27, GPT 38, GGT 271, FA 117, Amilasa 30, Na 127, PCR 3,2, PCT 2,87. Hemograma: Leucocitos 19200, 4%Cayados, 90%Segmentados, Hb 12,7, Plaquetas 311000. TP89%. Eys: proteínas+, c. cetónicos +, BB +, 15-30 leucocitos/campo, células descamativas. Rx Tórax: estructuras pulmonares sin hallazgos patológicos. Colecciones de aire en forma de semiluna bajo ambas cúpulas diafragmáticas. TC abdomen: neumoperitoneo de localización prehepática y pequeñas burbujas de gas disecando hilio hepático. Líquido libre en Morrison, periesplénico, entre asas y pelvis menor. No se visualiza zona de perforación. Resto normal. Se realiza laparoscopia urgente objetivan-do perforación de cara antral gástrica y perforación de vesícula biliar.

Conclusiones:

Identificar los posibles factores de riesgo, como la toma de AINEs incluso de forma esporádica y la alta rentabilidad diagnóstica de la radiografía simple de tórax, constituyen dos pilares fundamentales del diagnóstico.

A-1852

ODINOFAGIA COMO SÍNTOMA DE PRESENTACIÓN DE ABSCESO PREEPIGLÓTICO

C Quispe Martínez, M Burgos Merchán, L Carabias Centeno, M Yus López, A Lorenzo Almoroz, M Nogales Nieves

Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Palabras clave: absceso, odinofagia, epiglotis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 31 años, amigdalectomizado en la infancia, que acude a Urgencias con cuadro de 3 días de evolución de odinofagia y sensación de cuerpo extraño a nivel faríngeo a pesar de aines. En las 24 horas previas presenta leve dificultad respiratoria que se incrementa con el decúbito dorsal. No presenta trismus, otalgia, ni fiebre. Niega consumo reciente de alimentos que pudiesen impactarse en vía aérea-digestiva superior. En la exploración física se encontraba afebril, con buen estado general, voz levemente englobada. Orofaringe: amigda-lectomizado, no se observan lesiones ni placas, no edema de úvula. Suelo de boca normal. En analítica destaca Leucocitosis 31.510/ul con Neutrofilia 91.5%. Elevación de PCR 5.20 mg/dl. Dada la es-casa mejoría de los síntomas se deciden solicitar valoración por ORL, quien realiza Fibroscopia y solicita TAC de cuello con los hallazgos descritos. Fibroscopia en urgencias: A nivel de vallécula derecha se observa aumento de volumen local con edema asociado que abarca cara lingual de epiglotis. Lesión blanquecina central que impresiona aftosa. Impresiona de epiglotitis. TAC de cuello: Área flemonosa con absceso preepiglótico derecho de 7x14mm. Se inició Amoxicilina/ácido clavulánico y corticoides, a las 48 horas en urgencias se obser-va remisión de la clínica, con adecuada tolerancia oral. Analítica y nasofibrolaringoscopia de control con mejoría respecto a previa, por lo que es dado de alta.

Conclusiones:

El absceso pre-epiglótico es una complicación esporádicamente re-portada, períodos largos de infección en el adulto es la causa proba-ble de formación de abscesos en el estadio final de una epiglotitis. El tratamiento de ambos epiglotitis y absceso pre-epiglótico incluyen desde manejo conservador con tratamiento antibiótico hasta drenaje y manejo de la vía aérea avanzada. La decisión entre un tratamiento conservador versus intervencionista debe considerar la probabilidad de obstrucción de la vía aérea, las comorbilidades del paciente y la facilidad de respuesta ante una complicación. En nuestro caso la decisión de tratamiento conservador y manejo ambulatorio se baso en la ausencia de compromiso de la vía aérea evidenciada en la fibros-copia y el estado general del paciente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1853

CONVULSIONES EN EMBRAZADA. IMPORTANCIA DE LA AMBULANCIA MEDICALIZADA

JM Lanza Gómez (1), N Balbas Brígido (2)

(1) Hospital Marqués de Valdecilla, (2) O61 Cantabria

Palabras clave: preeclampsia, gestante, convulsiones

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Mujer de 39 años, primigesta de 36 semanas, gestación gemelar, con antecedentes de diabetes gestacional. Avisa el marido al O61 por presentar su mujer episodio brusco de desconexión del medio junto a crisis tónico-clónicas y mordedura de lengua. a la llegada de la ambulancia medicalizada la paciente está en fase poscrítica, con ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos, GCS 3, pupilas medias reactivas, presentando una TA 190/120 mmHg y ligera taquicardia sinusal. Al interrogar al marido refiere que lleva días con cefalea frontoparietal. La paciente a los 4 minutos comienza a recuperar sensorio y moviliza espontáneamente las extremidades. Se repite nueva crisis comicial de 2 minutos de duración que cede con 10 mg de diazepam. Comenzamos con secuencia ABC, se contacta con servicio de UCI y se comienza con bolo de sulfato de magnesio y Labetalol en bolos para control de cifras de tensión arterial. A su llegada a UCI presenta GCS 13, TA 140/90 mmHg. Tras valoración por Ginecología se decide cesárea urgente.

Conclusiones:

La eclampsia es una complicación muy grave en las embarazadas que requiere una actuación rápida y eficaz, con una colaboración estrecha de todos los estamentos implicados en su atención, desde la atención médica in situ en el nivel extrahospitalario, como su posterior manejo definitivo hospitalario.

A-1855

LES ASEGURO QUE MI PACIENTE LLEVABA EL CINTURÓN DE SEGURIDAD. FRACTURA DE CHANCE EN VARÓN JOVEN

P Valverde Vallejo (1), J Palacios Castillo (1), M Cabrera Martínez (1), D Ruiz Rueda (2)

(1) Hospital Regional de Málaga, (2) Hospital Parque San Antonio. Málaga

Palabras clave: fracturas óseas, traumatismos vertebrales, cinturones de seguridad

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 33 años sin antecedentes médico quirúrgicos de interés. Vive en una zona Rural. Acude a urgencias refiriendo haber tenido accidente de tráfico en la noche anterior, manifiesta haber consumido bastante alcohol. Iba como copiloto y el coche donde viajaba colisionó contra un árbol. El paciente refiere que es asistido en el lugar del siniestro por los servicios de urgencias extrahospitalarias y que sale por su propio pie del vehículo. En ese momento se encuentra bien y rechaza ser trasladado a un hospital para estudio. Esta mañana al intentar levantarse presenta dolor intenso a nivel de columna dorsolumbar que le imposibilita la deambulacion y es acompañado por su madre a nuestro servicio. El paciente comenta que cuando se produjo la colisión se encontraba agachado hacia delante recogiendo su móvil que había caído al suelo del vehículo pero que portaba el cinturón de seguridad. La exploración no presenta alteraciones de interés aunque esta muy limitada por el gran dolor del paciente que precisa camilla para desplazarse. Se solicitan estudios radiológicos y nos avisan desde rayos por objetivarse una posible fractura en radiografía lumbar que se confirma y se objetiva mayor del 50% del cuerpo vertebral aplastado. Tras la realización de tac columna se confirma fractura aplastamiento de L2 compatible con fractura de Chance, muro posterior afecto y contacto con médula sin compresión significativa. El paciente es ingresado y se precisa realización de artrodesis quirúrgica para estabilización de la columna.

Conclusiones:

Es fundamental tanto en el ámbito prehospitalario como en el hospitalario tener en cuenta los mecanismos de producción de los accidentes de tráfico y la participación de los elementos de seguridad del vehículo en las posibles lesiones que presenta el paciente. En el caso que nos ocupa el 50% de los pacientes que presentan esta fractura además poseen lesiones intraabdominales de importancia vital.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1856

DIVERTÍCULO DE MECKEL: DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR EN PACIENTE ADULTO CON DOLOR ABDOMINAL AGUDO

ML Aguayo Ocaña, J Beteta Moya, C Fernández Alcalá

Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén

Palabras clave: divertículo Meckel, dolor abdominal, adulto

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón, 43 años, sin antecedentes personales de interés. Consulta por presentar cuadro de intenso dolor a nivel epigástrico de unas 4 horas de evolución, ligeramente irradiado a hipocondrio derecho y acompañado de sudoración profusa, náuseas y vómitos alimenticios. En la exploración física inicial sólo destaca dolor a la palpación profunda de epigastrio e hipocondrio derecho, sin evidencia de signos de irritación peritoneal, masas ni megalias. Se pauta tratamiento analgésico y solicitan pruebas complementarias, mostrando leucocitosis (17.000) Neutrofilia (85%) y PCR 154. Resto de resultados normales, incluidos pH, perfiles hepático y pancreático. Ante persistencia de sintomatología a pesar de tratamiento, se completa estudio con Ecografía/TC Abdomino-Pélvico con CIV, llamando la atención la presencia de leve dilatación de asas de intestino delgado (íleon principalmente), acompañada de rarefacción de la grasa mesentérica de ese lado y pequeña cantidad de líquido perihepático, periesplénico, entre asas y en pelvis, sin que se objetive la causa. El paciente es valorado por Cirugía descartando en el momento necesidad de tratamiento quirúrgico urgente, aconsejando observación y actitud expectante. En la reevaluación posterior, éste presenta abdomen distendido, doloroso a la palpación profunda generalizada, con signos de irritación peritoneal y sensación de palpación de asas en flanco derecho. El control analítico muestra aumento de leucocitosis (25.000) y PCR (322). Ante ello se solicita revisión de prueba de imagen realizada, informando de hallazgo sugerente de Hernia Interna como primera posibilidad diagnóstica. El paciente ingresa para intervención quirúrgica urgente por cuadro clínico de abdomen agudo. En quirófano comprueban existencia de hernia interna condicionada por epiplón, posiblemente adherida a divertículo de Meckel, precisando resección de intestino delgado por isquemia con anastomosis intestinal.

Conclusiones:

El divertículo de Meckel es una patología que aunque poco frecuente, debe considerarse en el diagnóstico diferencial en pacientes con dolor abdominal agudo. La presencia de síntomas generalmente obedece al desarrollo de complicaciones, siendo las más frecuentes en adultos la obstrucción intestinal seguida por diverticulitis. Aproximadamente un 19% de los pacientes tiene complicaciones como la formación de litos: hernia interna al atraparse un asa intestinal normal entre el mesenterio y mesodiverticular. El método diagnóstico más preciso en su detección es el estudio con tecnecio-99m pertechnetato. La cirugía abdominal exploratoria se justifica ante su sospecha.

A-1857

ABDOMINALGIA DE CAUSA NO FRECUENTE. ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

G Fernández Bayón, S Calvo Argüello, R Alonso Avilés,
C del Pozo Vegas, E Serrano Lacouture, J Chehayeb

Hospital Clínico Universitario. Valladolid

Palabras clave: ectopic, pregnancy, ultrasonography

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Los embarazos ectópicos se definen como la implantación de un ovocito fertilizado fuera de la cavidad endometrial. En el 95% de los casos se produce en la trompa de Falopio, y en el 80% de éstos, en la región ampular. Al ser uno de los síntomas de presentación el dolor abdominal, es fundamental realizar un correcto diagnóstico diferencial del mismo. La ecografía, realizada en el ámbito de la Urgencia hospitalaria, puede ser una herramienta eficaz y ayudar al diagnóstico de este tipo de patologías. Se trata de una paciente mujer, de 25 años, sin antecedentes médicos de interés, con dolor en fosa ilíaca derecha de un mes de evolución, tratada inicialmente como cólico de gases e infección de orina, con escasa mejoría de la sintomatología. Consulta por persistencia del dolor, y amenorrea de quince días, así como sangrado vaginal escaso, oscuro e irregular. Al ser reinterrogada, la paciente admite posibilidad de embarazo, por no utilización de anticoncepción oral ni de barrera. Sus constantes al ingreso son: Tensión arterial: 95/55mmHg, Frecuencia cardíaca: 100 lpm, Frecuencia respiratoria: 14rpm, Saturación de O₂: 98%, y Temperatura 37,4°C. A la exploración destaca dolor intenso en fosa ilíaca derecha, así como presencia de signo de Blumberg. En analítica destaca leucocitosis de 12.000, con neutrofilia del 79%. Hemoglobina de 13 g/dl, y hematocrito de 45%, siendo el resto de la analítica normal. Se realiza sistemático de orina, apareciendo hematuria como único signo a destacar. Se realiza asimismo test de embarazo, con aumento de B-HCG (gonadotropina coriónica humana B). A la vista de los resultados exploratorios y analíticos, se lleva a cabo ecografía abdominal en Urgencias, observándose cavidad uterina vacía, imagen anecoica compatible con saco vitelino, de 12,6 mm, en región anexial derecha, y líquido libre en fondo de saco de Douglas. Resto de exploración ecográfica sin alteraciones. Se realiza interconsulta urgente con Ginecología, siendo la paciente intervenida laparoscópicamente, y realizándose extracción de saco vitelino y aspiración de líquido libre.

Conclusiones:

La ecografía abdominal es una técnica sencilla, económica, y que se va convirtiendo en una herramienta diagnóstica de primer orden para los servicios de urgencias hospitalarios.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1859

LA DEBILIDAD DE AQUILES

L Labajo Montero (1), I Fernández Vidaurreta (2)

(1) Hospital Universitario La Paz, (2) Hospital de Torrejón. Madrid

Palabras clave: tendinopatía, levofloxacin, efecto adverso

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN. La tendinitis asociada al uso de quinolonas se describe como una reacción adversa poco frecuente. Se estima una incidencia de 1 caso de cada 3400 pacientes tratados. Se observa con más frecuencia en varones, en una relación de 2:1, afectando sobre todo a los tendones que soportan más carga, como el Aquileo, el cuádriceps y el del manguito de los rotadores. En ocasiones la afectación puede ser bilateral. **OBJETIVO** Entre las quinolonas, el ciprofloxacino ha sido el que más frecuentemente se ha asociado a tendinopatías. Los síntomas pueden comenzar desde las primeras horas posteriores a su uso, hasta varios meses después, con una media de 6 días. No se considera dependiente de la dosis administrada. Los factores de riesgo asociados incluyen la edad (>60), terapia corticoidea concomitante, insuficiencia renal, diabetes mellitus e historia previa de patología musculoesquelética. **PACIENTE** Paciente de 82 años, alérgica a Penicilinas, diabética y dislipémica en tratamiento farmacológico. Acude a Urgencias por dolor a nivel de tendón de Aquiles derecho, con impotencia funcional progresiva en las últimas 24 horas, sin antecedente traumático ni aumento de actividad física habitual. También presenta dolor en zona Aquilea contralateral, sin impotencia funcional. Refiere cuadro de infección respiratoria, por el que se encuentra en tratamiento antibiótico con Levofloxacino desde hace 5 días. **RESULTADOS.** Exploración: tumefacción, edema y hematoma a nivel de tendón de Aquiles de pie derecho. Movilidad muy limitada a la flexo-extensión. Maniobra de Thomson patológica. Ecografía de partes blandas: A 2.5 cm de la inserción del calcáneo se aprecia una rotura del tendón de Aquiles, con escasas fibras indemnes en la vertiente superficial del tendón. Cambios inflamatorios en el tejido celular subcutáneo adyacente. Juicio clínico: Rotura de tendón de Aquiles, en relación al uso de Quinolonas.

Conclusiones:

El levofloxacino tiene, en general, un buen perfil de tolerancia. La incidencia general de reacciones adversas es del 5-10%, estimándose las manifestaciones musculoesqueléticas en el 0.1-1% de los casos. Entre ellas se incluyen las mialgias, el dolor osteomuscular y los trastornos tendinosos, incluyendo las tendinitis. La rotura de tendón sigue siendo muy poco frecuente, a pesar del aumento del uso de estos antibióticos en los últimos años.

A-1860

FRACTURA PÉLVICA POR AUTO-ATROPELLO: VALORACIÓN Y TRATAMIENTO EN URGENCIAS

G Luzardo López (1), H Lara Duarte (1), I Martín Ureste (1), R Escalero Rodríguez (1), E García Rodríguez (1), A Martín Sánchez (1), T Corea Ruiz (2)

(1) Hospital Virgen de la Concha. Zamora, (2) Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Palabras clave: politraumatismo, fractura pélvica, estabilidad pélvica

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Las fracturas pélvicas representan 3-5% de todas las fracturas. En su mayoría producidas por impactos de alta energía (accidentes de tráfico, caídas de alturas). Debido a la anatomía y vasos sanguíneos que se encuentran en la pelvis, puede presentarse como una lesión potencialmente mortal, por alto riesgo de hemorragia, asociando complicaciones urológicas y de abdomen inferior. Resulta fundamental en los servicios de urgencias, realizar una valoración clínica inicial precisa, eficiente utilización de pruebas complementarias, un manejo multidisciplinar y tratamiento inicial adecuado de los pacientes. Mujer de 70 años, Artritis reumatoide en remisión y osteoporosis, independiente para las actividades básicas de la vida diaria, que sufre atropello por coche que baja sin conductor por rampa, quedando atrapada entre coche y pared en zona frontal de pelvis, lesionándose además la muñeca izquierda. A su llegada a Urgencias se encuentra consciente, normotensa, refiriendo dolor pélvico y en muñeca izquierda. Trasladada al box de Emergencias se realiza valoración clínica, monitorización, canalizadas vías periféricas y administrada analgesia, toma de muestras para analítica completa con pruebas cruzadas, sondaje vesical y solicitud de TAC toracoabdominal. Hallazgos positivos: fracturas de apófisis transversa de L4 y L5 izquierda, fractura-estallido de sacroilíaco izquierdo y articulación sacroilíaca ipsilateral y sacra, fractura estallido bilateral de techo acetabular, no desplazado. Fractura estallido con múltiples fragmentos de la rama ileopúbica y sínfisis púbica. Hematomas perifracturarios a todos los niveles, sangrado que rodea los vasos ilíacos izquierdos, uréter distal izquierdo y lateral de pared vesical. Resto normal. Valorada por traumatología y urología se decide ingreso en planta de Traumatología. Realizada intervención quirúrgica por fractura de muñeca con osteosíntesis con agujas. Permanece con buena evolución. Se concluye fractura estable pélvica, tratamiento conservador y alta médica.

Conclusiones:

El politraumatizado es un paciente de riesgo y debe ser tratado con prioridad en los servicios de urgencias. Es importante gestionar adecuadamente las pruebas complementarias y de imagen según el mecanismo lesional, con el fin de realizar un diagnóstico preciso de las lesiones y así determinar las posibles complicaciones y la actitud terapéutica a seguir con ayuda de un equipo multidisciplinar.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1861

ATENCIÓN AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN URGENCIAS. IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN SISTEMÁTICA

A Fernández Cuervo, S Álvarez-Ossorio Cisneros, O González Alemán, V Reina Lora

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Palabras clave: neumotórax, traumatismo, rotura del bazo

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Varón, 35 años, sin antecedentes destacables. Mientras circula en bicicleta sufre colisión lateral con camión, con caída sobre su costado izquierdo. Es atendido inicialmente por Servicios de Emergencias Extrahospitalarias y derivado a su hospital de referencia. Se realiza exploración física según la sistemática ATLS (Advanced Trauma Life Support) con la siguiente valoración primaria, A: vía aérea permeable. B: satO₂ 91%, disnea, con uso de musculatura accesoria, fracturas costales izdas, sin volet costal, e hipoventilación izquierda. C: TA 100/80 mmHg, FC 110 lpm, buen relleno capilar. Sin datos de sangrado activo, pelvis estable. D: GCS 15, PIRLA. E: sin fracturas de huesos largos, normotermico. En la valoración secundaria, destaca, molestias abdominales en flanco izquierdo y además múltiples erosiones en extremidades. En la Radiografía de torax se objetivan fracturas costales y neumotorax a tensión izquierdado. Se coloca tubo de drenaje torácico con mejoría respiratoria posterior. Se realiza bodyTAC que muestra fracturas costales de 5 a 7º arco costal izquierdo, neumotorax reexpandido, fractura estable cuerpo vertebral D7, sin afectación de canal medular. A nivel abdominal, laceración esplénica grado II/III, pequeña cantidad líquido libre e isquemia del polo superior del riñón izquierdo por trombosis de la arteria renal. En la analítica destaca, cr 1.2 mg/dl, PCR 13 mg/dl. Hgb 14mg/dl, leucocitos 18.000, plaquetas 99000. En las horas siguientes, permanece estable hemodinámica y respiratoriamente, sin cambios en la exploración abdominal, con adecuado control analgesico. Se realiza nuevo control analítico, sin descenso de cifras de hemoglobina ni plaquetas, ni otras alteraciones destacables. Es valorado de manera conjunta por Traumatología, Cuidados Intensivos y Cirugía General, decidiéndose ingreso a cargo de UCI para vigilancia sin precisar intervención quirúrgica, con evolución favorable.

Conclusiones:

La evaluación exhaustiva y sistemática, enfocada a descartar y en el caso de que existan, tratar de manera precoz, los procesos potencialmente graves garantiza una mejor supervivencia. En el trauma abdominal, la decisión quirúrgica conservadora dependerá en gran medida, de la estabilidad hemodinámica y la ausencia de peritonismo. Es importante una adecuada coordinación extra e intrahospitalaria entre los servicios implicados en la atención al paciente politraumatizado.

A-1862

NEUMOTÓRAX POR ACUPUNTURA

C Fernández Martínez, M Valbuena Parra, A Morales Proaño, D Flores Ambrosio, A De Giorgi, M Comas Torres, P Lobo Ferreira

Hospital General de Catalunya. Martorell, Barcelona

Palabras clave: pneumothorax, acupuncture, dyspnoea

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 35 años, sin antecedentes que acude por dolor de forma súbita en hemitórax derecho de unas 18h de evolución inmediatamente tras la realización de sesión de acupuntura. Exploración física: disminución del murmullo vesicular en hemitórax derecho y disminución de las vibraciones. Exploraciones complementarias: Disminución del volumen pulmonar de más del 30%. Se realizó drenaje con aspiración continua y reexpansión del pulmón por completo. Neumotórax es la presencia de aire en la cavidad pleural que conlleva un colapso de pulmonar en mayor o menor grado según sea la cuantía del neumotórax. El grado de colapso pulmonar y la reserva funcional respiratoria determinarán el compromiso respiratorio del paciente. Clasificación: Espontáneos Primarios: sin antecedentes pulmonares. Secundarios: con antecedentes pulmonares (enfisema, bullas?) Traumáticos en relación a traumatismo cerrado o Yatrogénicos en relación a las vías venosas o toracocentesis. DISCUSION La acupuntura (del lat. acus: aguja, y pungere: punción) es una técnica que forma parte de la medicina tradicional china. Consiste en la inserción y la manipulación de agujas en el cuerpo. Forma parte de las llamadas medicinas alternativas, las cuales se caracterizan por su limitada evidencia clínica en estudios científicos. Efectos secundarios de la acupuntura El ¿mal de aguja? sucede en pacientes que reciben acupuntura por primera vez, en sujetos con constitución física débil o muy sensibles y también si se hace una manipulación incorrecta demasiado fuerte. En casos ligeros, los síntomas son vértigo, mareo, palidez, náuseas, palpitaciones, malestar general y sudoración fría. También podemos encontrar una aguja bloqueada, que no se puede sacar y eso provoca dolor al paciente. Poco frecuente, es la aguja rota o aguja torcida debido a contracción muscular del paciente provocando dolor Lesiones de órganos (muy infrecuentes). - Pulmón: Neumotórax traumático. Hígado, bazo y riñones: hemorragia grave. Vesícula biliar, estómago, intestinos, vejiga: reacción peritoneal. Médula espinal, bulbo, raíces nerviosas: lesiones nerviosas, neuritis.

Conclusiones:

Los efectos secundarios graves son raros y la literatura no refleja datos de incidencia de las posibles complicaciones. Se relaciona habitualmente al error del terapeuta más que a los riesgos propios de la técnica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1863

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DOLOR ANAL

I García Gamaza, C Oliva Moreno, F Téllez Joya

Urgencias. Hospital Punta de Europa. Algeciras, Cádiz

Palabras clave: foreign body, anorectal, introduce

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

MOTIVOS DE CONSULTA. Dolor anal y estreñimiento Varón de 73 años de edad. No alergias medicamentosas. AP: HTA en tratamiento con enalapril 5mg 1 comprimido al día. Ulcus gástrico. Perforación gástrica. IQ: Apendicectomizado. Colecistectomizado. Acude a urgencias por dolor anal e imposibilidad para defecar de 36 horas de evolución. Exploración Física: Constantes vitales normales. Buen estado general. Bien hidratado y perfundido, eupneico en reposo ACP: normal Abdomen: blando, depresible, sin masas ni megalias. Tacto rectal: se palpa cuerpo extraño transversal y adherido a mucosa.(el paciente reconoce la introducción de una zanahoria en ampolla rectal como práctica sexual). No es posible la extracción manual por lo que se solicita preoperatorio: hemograma, bioquímica y coagulación que son normales. Radiografía de abdomen: revela la presencia de cuerpo extraño en el rectosigma. Interconsulta con endoscopista de guardia. Se realiza endoscopia bajo sedación con midazolam 4mg, propofol 140mg. Exploración: Inspección anal normal. Tacto rectal: a punta de dedo se palpa el extremo de un cuerpo extraño duro y resbaloso que parece corresponder a la zanahoria descrita por el paciente. Se introduce el endoscopio y se aprecia a menos de 5 cm del margen anal el extremo más proximal de una zanahoria de gran tamaño, que se intenta atrapar con Asa de Diatermia, pero el extremo del asa resbala en repetidas ocasiones no siendo posible agarrar el cuerpo extraño. El cirujano de guardia con un anuscopio e iluminación directa con la luz del endoscopio consigue agarrar la zanahoria con pinzas de Magill y tirando suavemente extrae una zanahoria de unos 4cms de diámetro mayor y 15 cm de longitud. Tras la extracción se realiza una rectosigmoidoscopia hasta 30 cm de margen anal confirmando la integridad de la mucosa en todo el recorrido. JC: Cuerpo extraño ano-rectal. Diagnóstico diferencial:hemorroides, fisuras anales, abscesos y fistulas perianales, tumoraciones anorrectales, lesiones rectales... Tratamiento: Extracción del cuerpo extraño endoscópica o manual. Evolución: Recomendamos observación durante 12 horas, sin evidencia de perforación y fue dado de alta a domicilio.

Conclusiones:

La importancia de los cuerpos extraños localizados en el recto y el sigma deben considerarse una patología relevante, por las posibles complicaciones que pueden originar, debiendo ser tratados sin demora y de forma contundente.

A-1864

LESION DE MOREL-LAVALLEE, A PROPÓSITO DE UN CASO

B García Fontenía, E Alcántara Álvarez, L Basagoiti Salazar, F Fuentes Felipe

Clínica IMQ Zorrotzaurre. Bilbao, Bizkaia

Palabras clave: muscular, linfático, necrosis

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

A propósito de un caso clínico valorado en urgencias, paciente joven que acude por traumatismo de alta energía en zona posterior de extremidad inferior derecha, que se realiza estudio por ecografía tras observar mala evolución. Impresión diagnóstica de Lesión de Morel-Lavallée por mecanismo de alta energía en zona peritrocantérica, con diagnóstico clínico y por ecografía, que precisa tratamiento urgente con drenaje y desbridamiento.

Conclusiones:

Estudio de mecanismos de producción, diagnóstico clínico y por imagen, tratamientos a aplicar y posibles complicaciones



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1865

LUXACIÓN BIARTICULAR IPSILATERAL EXTREMIDAD SUPERIOR IZQUIERDA

MA Aguayo López, J Valle Alonso, J Pedraza García, P Lara Cachinero, F Rosa Ubeda, A López Sánchez, F Rico Rodríguez

Hospital Valle de Los Pedroches. Córdoba

Palabras clave: shoulder dislocation, elbow, wounds and injuries

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

ANTECEDENTE PERSONALES: Varón de 66 años con Hta, Dislipemia, HBP no intervenciones quirúrgicas y en tratamiento con enalapril 20mg, simvastatina 40mg, dutasteride. ENFERMEDAD ACTUAL: Varón de 66 años traído por compañero en su coche tras sufrir caída accidental de bicicleta de montaña hace dos horas sufriendo politraumatismos e impotencia funcional brazo izquierdo. Acude con traje de protección y casco por lo cual no refiere traumatismo craneal ni pérdida de consciencia, no dolor torácico ni abdominal, tras la caída estuvo deambulando con mucho dolor en extremidad superior izquierda que desde entonces no puede movilizarla. EXPLORACIÓN FÍSICA: Pasamos al paciente a la camilla de politrauma, inmovilizamos columna cervical e iniciamos Protocolo ATLS de Politrauma objetivando vía aérea permeable, ventilan conservada, bien perfundido y Glasgow 15. Se desnuda al paciente objetivando múltiples erosiones faciales y manos pero tanto tórax como abdomen anodino, presenta gran deformidad tanto a nivel de hombro y codo izquierdo con exploración neurovascular normal. Se canalizan dos vías periféricas, control analítico y de orina y se inicia analgesia por intenso dolor. Se solicitan radiografías c. cervical, tórax, hombro, codo y pelvis. EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIA. Hematimetría normal salvo leucocitosis, orina negativa, radiografías normal salvo se objetiva una luxación anterior de hombro y de codo izquierdo. EVOLUCIÓN: En sala de críticos bajo monitorización se realiza sedación con midazolam reduciendo mediante maniobra de Kocher el hombro y en el mismo acto la luxación de codo e inmovilizamos con gilethist. Queda en observación para control clínico y analítico y dado de alta a las 12 h y citándolo en Traumatología. El paciente se recuperó sin secuelas.

Conclusiones:

La actividad deportiva al aire libre está de moda y hay que tener en cuenta que tan importante disfrutar de la experiencia como ir bien equipados y acompañados para su realización. En nuestro caso todo era correcto y no suele ser lo normal. Ante este tipo de pacientes siempre hay que seguir el protocolo de politrauma y tomar todas las medidas preventivas para evitar agravar las lesiones. Este paciente sufrió una luxación biarticular de una misma extremidad algo que no suele ser habitual por lo que se sospechó un traumatismo de gran impacto. Ante toda luxación no debemos de olvidar la exploración neurovascular que es una emergencia médica.

A-1866

EJERCICIO Y ALTAS TEMPERATURAS: MALA COMBINACIÓN. RABDOMIOLISIS

M Box Bobo (1), MB Benito del Río (2)

(1) SUAP. Centro de Salud Los Cubos, (2) SUAP. Burgos

Palabras clave: rabdomiolisis, ejercicio, CKmasa

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

La rabdomiolisis es un síndrome clínico y bioquímico, consecuencia del daño del músculo esquelético y liberación de contenido celular a la sangre. La clínica puede ser variable (dolores musculares, debilidad muscular, malestar general) pero puede darse el caso de complicaciones más graves como arritmias cardíacas o incluso fracaso renal agudo, que convierten el cuadro en potencialmente peligroso. Presentamos el caso de una mujer de 46 años, sin antecedentes de interés, que acude al SUAP por debutar con un cuadro de debilidad muscular de ambos brazos, tras la realización de ejercicio intenso en las 48 horas previas (en el contexto de altas temperaturas en su ciudad). Es derivada al hospital por sospecha de posible rabdomiolisis pero allí sin prueba analítica se pauta un tratamiento con AINE, vendaje y HBPM asumiendo que es más probable una rotura fibrilar. 24 horas más tarde acude por empeoramiento de la clínica y se realiza una analítica que revela una CK de 14539 U/l con función renal conservada. Se procede a su ingreso hospitalario, durante el cual se trata con fluidoterapia intravenosa intensa, bicarbonato y diuréticos (para corregir una retención de orina con la que se complica). A los 4 días la CK se corrige hasta alcanzar cifras de 3635 U/l. La paciente presenta gran mejoría analítica y clínica por lo que se decide el alta hospitalaria con las recomendaciones de hidratación vía oral abundante (4 litros mínimo/día) y control analítico en 5-6 días para valorar la evolución de la CK.

Conclusiones:

La rabdomiolisis es un síndrome relativamente poco frecuente, pero cuya incidencia aumenta en determinadas condiciones: en ejercicio intenso y sobre todo en altas temperaturas. La única forma de diagnóstico certero es la realización de una analítica con CK y función renal y dado que es un cuadro con complicaciones potencialmente graves ante la sospecha merece la pena. Casualmente, 3 semanas antes, habíamos atendido otro caso de rabdomiolisis aguda en EESS de otra mujer de 45 años por un ejercicio similar, que nos dio la pista para sospechar ese diagnóstico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1867

¡QUÉ PILA DE MONEDAS!

P López Tens, A Blanco García, D Fernández Torre, M Andrés Gómez, J Villar Ramos, JJ Parra Jordán, M Montes Pérez

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Palabras clave: abdomen agudo, lactato, neoformación

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Introducción: El dolor abdominal es un síntoma frecuente en Urgencias. La valoración de una abdominalgia aguda debe ser precoz y sin demoras. Debemos establecer si existe abdomen agudo quirúrgico o no. La anamnesis dirigida y la exploración física son fundamentales, ya que la rentabilidad diagnóstica de las determinaciones analíticas es de un 10%. Objetivos: La importancia de realizar una exploración dirigida (identificación de vientre en tabla) y una radiografía simple de abdomen para valorar gravedad y tomar decisiones rápidas. La utilidad del lactato como marcador de hipoperfusión tisular en dolor abdominal sin criterios de sepsis o distrés respiratorio. Material/ Descripción del caso: Varón 60 años que acude a Urgencias por dolor abdominal con ausencia de deposición y ventoseo desde hace 48 horas. Antecedentes de colecistectomía laparoscópica y prostatectomía por neoplasia prostática. Exploración física: TA 130/81 FC 110 FR 16 SatO2 98%. Regular estado general. Palidez cutánea. Sudoración. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen duro, no depresible, ligeramente distendido, 'vientre en tabla'. Timpánico a la percusión. Ruidos hidroaéreos disminuidos. Resto sin alteraciones. Resultados: Hemograma y bioquímica: Parámetros normales salvo bilirrubina total de 2,2 mg/dl, PCR 13,3 mg/dl y lactato basal 32,3 mg/dl. Eys: Hemoglobina (++++). Urobilinógeno (+++). Resto (-). Rx abdomen: DEC: Dilatación de marco cólico y asas de delgado con mayor intensidad centroabdominal (imagen en 'pila de monedas'). BIPE: Niveles hidroaéreos en colon y delgado. Neumoperitoneo bilateral de importante cuantía. TC abdominal: Obstrucción de alto grado (con neumatosis intestinal) secundaria a neoplasia de sigma con imagen dudosa que podría ser el foco de perforación intestinal. Juicio clínico: Neoformación de sigma estenosante y perforada en colon transverso.

Conclusiones:

El abdomen agudo presenta el 1,1% de los motivos de consulta de los servicios de Urgencias. Es importante destacar la importancia de una buena y dirigida exploración física, sabiendo identificar un 'abdomen en tabla' y como una radiografía simple de abdomen puede valorar la gravedad y ayudarnos a tomar una decisión rápida. El lactato basal es un marcador de hipoperfusión tisular que en nuestro caso lleva a pensar en etiología abdominal ante la ausencia de otros criterios de sepsis, distrés respiratorio.

A-1868

MONOARTRITIS AGUDA DE MUÑECA EN PACIENTE SIN TRAUMATISMO PREVIO

FJ Pérez Delgado, I Cañizares Sánchez, WM Gómez Castillo, AM Comino García, MA Martín Ortega

Hospital Comarcal La Línea de la Concepción. Cádiz

Palabras clave: monoartritis, séptica, atraumática

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 56 años, sin alergias conocidas, diabético, hipertenso, adenocarcinoma de recto intervenido quirúrgicamente hace 2 años, actualmente dado de alta en remisión completa. En tratamiento con metformina, enalapril. Acude a urgencias remitida por su médico de cabecera por cuadro de fiebre de 39 °C, de 48 horas de evolución, con dolor y tumefacción en la muñeca derecha. No refiere traumatismos, procedimientos invasivos previos o lesiones que pudieran sugerirnos una puerta de entrada. A la exploración física presenta buen estado general, fiebre de 38°C. Presenta dolor, edema y eritema en la articulación radiocubital distal del miembro superior derecho, con signos clínicos de tenosinovitis. Resto de la exploración anodina. Ante la sospecha de artritis séptica, se inicia antibioterapia endovenosa, pasando la paciente en el área de observación. En la analítica destaca leucocitosis de 12500 (neutrófilos 11.900, linfocitos 390), plaquetas 186.000, fibrinógeno 724, Proteína C reactiva 300, resto dentro de la normalidad. Orina sin hallazgos. Radiografía de tórax sin hallazgos de condensación. Radiografía de la mano-muñeca izquierda: sin hallazgos de interés. Se extraen hemocultivos. Se realiza artrocentesis, por parte de traumatólogos obteniéndose 2 ml de líquido sinovial de aspecto purulento. El laboratorio informa de resultado con leucocitos con predominio de polimorfonucleares. Resultados de microbiología: Tinción de Gram: abundantes leucocitos polimorfonucleares con cocos grampositivos intraleucocitarios. Se confirma el diagnóstico de artritis séptica, se inicia antibioterapia endovenosa con cloxacilina y gentamicina según resultados de Gram. Se ingresa a la paciente en planta de medicina interna a cargo de unidad de enfermedades infecciosas. Los hemocultivos cursados desde urgencias se informan como negativo. El cultivo de líquido sinovial como positivo para Streptococcus agalactiae penicilín-sensible. La paciente evoluciona favorablemente en planta y es dado de alta.

Conclusiones:

Con este caso clínico queremos incidir en la importancia de un diagnóstico precoz de artritis séptica, incluso sospecha desde atención primaria, e instauración de antibioterapia empírica. Dado que no es un cuadro que se presente con frecuencia en nuestra práctica diaria, supone un auténtico reto para el profesional su diagnóstico precoz. La demora en el diagnóstico y tratamiento en este tipo de artritis sépticas pueden tener consecuencias catastróficas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1869

AGITACIÓN Y COMA

J Toral Marín, R Merchán Roselló, P Embuena Majua, A Domínguez Petit

MIR MFyC. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Palabras clave: aorta, dissection, hypotension

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente que en domicilio lo encuentran con bajo nivel de conciencia, por lo que avisan al 061. Lo encuentra muy agresivo por lo que le administran sedantes. A su llegada a urgencias no responde a estímulos y presenta una gran hipotensión que requiere de canalización de vía central. Las TA en MMSS se sitúan en torno a 40/10 mmHg y no remontan a pesar de tratar con noradrenalina

Conclusiones:

Destaca la gran coloración rojiza de la cabeza. Contactamos con Cardiología para ETT debido a la hipotensión que no remonta con noradrenalina. en dicha ETT objetivan derrame pericárdico y disecación de la raíz aórtica. Por lo que comprobamos que mientras en MMSS estaba muy hipotenso en MMII presentaba tensiones en torno a 150/60 mmHg. Realizamos AngioTAC donde podemos ver disecación aórtica desde la raíz hasta la íliaca común derecha e izquierda

A-1870

MENUDO GOLPE EN LA MANO

M Yakoubi Badah, RM Martínez Roldán, JM Krivocheya Montero, A Rubio Ramos, FH Castaño García, AT Fernández-Llebrez Castaño

Urgencia. Hospital Comarcal de Melilla

Palabras clave: carpo, metacarpo, luxación

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente varón de 37 años de edad acude al SUHC por cuadro de dolor intenso en la mano derecha tras haber sufrido traumatismo directo contra una pared. **ANTECEDENTES PERSONALES.** Sin interés clínico. **EXPLORACIÓN FÍSICA:** En la exploración física se aprecia impotencia funcional en la mano derecha, con gran deformidad y un desnivel entre la región proximal de los metacarpianos con la región distal del carpo. No se aprecian alteraciones vasculares. **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Se realiza una radiografía de mano derecha en dos proyecciones que pone de manifiesto un acabalgamiento dorsal del 2º, 3º 4º y 5º metacarpiano sobre los huesos del carpo sin otras lesiones óseas agudas compatible con una luxación carpo-metacarpiana pura. **EVOLUCIÓN:** Se procede a instaurarle analgesia y una vez avisado al traumatólogo e guardia se prepara al paciente para reducción quirúrgica bajo anestesia, tras la cual el paciente es dado de alta tras permanecer unas horas en observación. **DIAGNÓSTICO.** Luxación carpometacarpiana pura.

Conclusiones:

La luxación carpometacarpiana se trata de una entidad rara, con una prevalencia menor del 1% de las lesiones de la muñeca y de la mano. Se producen por traumatismo de alta energía en paciente habitualmente jóvenes y sobre todo varones cuando la muñeca se encuentra en hiperextensión, desviación cubital y supinación. Es muy importante en estos casos descartar otras fracturas asociadas, y, sobre todo, lesiones vasculares, principalmente la del nervio cubital si se afecta el 5º dedo. Además hay que tener una actuación rápida frente a estas ya que puede alterar el buen funcionamiento de la mano.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1871

A PROPÓSITO DE UN CASO: LESIÓN MEDULAR POR TRAUMATISMO CERVICAL

R Gil Alcaraz, E Bellido Pastrana, I Bertos Pérez

Servicio de Urgencias. Hospital Punta Europa. Algeciras, Cádiz

Palabras clave: traumatismo craneoencefálico, tetraparesia, fractura vertebral

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 14 años sin alergias ni antecedentes de interés salvo asma bronquial que acude a urgencias por traumatismo craneoencefálico y cervical con hiperflexión al zambullirse en la playa. Refiere tetraparesia inmediata al traumatismo sin pérdida de conciencia con recuperación parcial a la llegada a nuestro servicio permaneciendo hemiplejía izquierda. Se realiza TAC craneal informado como sin hallazgos y TAC cervical donde se identifica subluxación C1-C2 y fractura de C4 sin desplazamiento del muro posterior. Tras valoración por traumatólogo de guardia se indica tratamiento y se contacta con hospital de referencia y se traslada en UCI móvil al paciente para valoración por unidad de columna.

Conclusiones:

El paciente fue diagnosticado en Unidad de columna del hospital de referencia de fractura vertebral de C4 tipo tear-drop y lesión medular grado D de Asia a nivel de C4. Tras intervención de la fractura de C4 presentó evolución muy favorable siendo dado de alta y derivado al servicio de rehabilitación de nuestro hospital para seguir con recuperación. La cooperación entre hospitales es fundamental para lograr el mejor resultado en salud para los pacientes.

A-1872

PRECIPITACIÓN, ¿ACCIDENTAL?

P Lázaro Aragüés, JA Sánchez Nicolás, MJ Martínez Valero, MP Suárez Beke, L Monteagudo González, A Marco Berna

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

Palabras clave: injurias, multiple trauma, psychomotor agitation

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Varón de 27 años diagnosticado de trastorno bipolar en tratamiento con gabapentina y aripiprazol, traído por Urgencias extrahospitalarias tras precipitación desde un segundo piso. A su llegada el paciente se encontraba consciente y desorientado temporoespacialmente, tranquilo y colaborador. Refiere amnesia del episodio, dolor a nivel inguinal derecho, mano y codo derecho y herida sangrante no dolorosa frontal derecho. Durante la exploración clínica el paciente sufre episodio de agitación y habla incoherente. Exploración Física: TA 145/87 mmHg, FC 89 lpm. Buen estado general, bien hidratado, bien nutrido y bien perfundido. Herida incisa frontal derecha con escaso sangrado venoso activo. Auscultación cardiopulmonar: rítmico sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. No asimetría del tórax, no crepitación ni aristas óseas. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni visceromegalias, sin signos de irritación peritoneal. RHA conservados. Miembro superior derecho: inflamación codo derecho, no hematomas, dolor a la palpación, prono-supinación y flexo-extensión. Dolor en la cabeza del 5º metacarpiario derecho con leve tumefacción. Miembros inferiores: sin edemas, no signos de TVP. Pulsos distales presentes y simétricos. Neurológica: Consciente y desorientado, no colaborador para su realización por agitación. PICNR, pares craneales centrados y simétricos. Pruebas complementarias: Bioquímica: glucosa 134, urea 12, creatinina 1, sodio 136, potasio 3,8, Troponina I 0,00, CPK 291. Hematología: Leucocitos 16330 (73,3%N). Hemoglobina 16,0, Hto 46,6, Plaquetas 193000. Hemostasia y coagulación: INR 1,17, Activ. Protrombina 85%. ECG: Ritmo sinusal a 80 lpm, PR 0,12. Sin alteraciones del QRS, ST ni T. Drogas abuso: positivo a cannabis. Radiografía tórax: normal. Radiografía de codo derecho: Fractura Mason Tipo I de radio derecho. Radiografía mano derecha: Fractura de cabeza de 5º metatarsiano. Body TC: Líneas de fractura en huesos nasales no desplazadas y muro anterior y pared medial acetabular derecha. No se aprecian contusiones craneales, pulmonares ni de vísceras abdominales. Juicio clínico: Precipitado. Fractura acetábulo derecho, fractura de 5º metatarsiano derecho y policontusiones.

Conclusiones:

Ante todo paciente politraumatizado debemos actuar siguiendo la secuencia ABCD sin pasar al siguiente paso sin haber controlado el anterior. En el caso de pacientes precipitados debemos de sospechar lesiones óseas (valorar siempre pelvis y niveles neuronales) y valorar posible daño de órganos internos. La altura y la posición del paciente a nuestra llegada hablan del mecanismo de producción de las posibles lesiones y ayuda al diagnóstico de las mismas.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1873

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA PSEUDOObSTRUCCIÓN COLÓNICA AGUDA PARA EVITAR COMPLICACIONES FATALES

FJ Pérez Delgado, I Cañizares Sánchez, AM Comino García, WM Gómez Castillo

Hospital Comarcal La Línea de la Concepción. Cádiz

Palabras clave: pseudoobstrcción, síndrome Ogilvie, ancianos

Historia clínica:

Paciente de 85 años, con alergia a Penicilinas, padece demencia tipo Alzheimer e Hipertensión arterial. En tratamiento con Memantina y Losartán. Acude al hospital por aumento del perímetro abdominal, no estreñimiento, heces líquidas, no náuseas, no vómitos. A la exploración: marcada distensión abdominal, abdomen globuloso y timpánico, no doloroso y no signos de peritonismo. A la auscultación ausencia de ruidos hidroaéreos. Al tacto rectal: ampolla vacía con restos de heces líquidas. Analítica, rx torax dentro de la normalidad. EKG: ritmo sinusal. En rx abdomen simple: gran dilatación intestinal a expensas del intestino grueso. No se ve la causa de la detección. TAC abdominal con contraste: ausencia de obstrucción mecánica. Se inician medidas conservadoras, dieta absoluta, sondaje nasogástrico y rectal, que fracasan. Se ingresa a la paciente a cargo de cirugía, que dedican realizar colonoscopia aspirativa, solucionando el cuadro, y buena evolución de la paciente, pudiéndose dar de alta.

Conclusiones:

Con este caso clínico queremos destacar la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz, para evitar fatales complicaciones como el riesgo de isquemia y perforación intestinal, la elevada mortalidad. El diagnóstico de este síndrome no es fácil, ya que desde el punto de vista clínico es imposible diferenciarlo del íleo mecánico. Queremos resaltar también la mayor incidencia en ciertos pacientes como son ancianos, con enfermedades neurológicas, postcirugía.

A-1874

TRAS EL TRAUMATISMO, ¿PODÍA CAMINAR!

E Méndez Rodríguez, B Peleteiro Cobo, R Cuadra San Miguel, R Rodríguez Alonso, V Lumbreras Gonzalez, J Capon Álvarez, J Martínez de Mandojan Hernández

Hospital El Bierzo. Ponferrada, León

Palabras clave: spinal fractures, spinal injuries, lumbar vertebrae

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

A.P: Varón de 40 años de edad. HTA. Síndrome depresivo. E.A: Paciente que sufre precipitación de 3 metros de altura, sufriendo un traumatismo directo en la zona lumbar. A la llegada del servicio de emergencias el paciente esta sentado con dolor a nivel lumbar. A pesar de lo cual el paciente informa de que puede caminar. E.F.: BEG, Consciente y orientado. TA 154/80 mmHg FC: 99lpm. ACP: sin alteraciones. AB: Sin alteraciones. Intenso dolor lumbar. Limitación dolorosa de la movilidad de caderas por dolor. No Alteraciones de sensibilidad ni fuerza groseras. No alteraciones esfinterianas. Rx: Fractura-luxación L2-L3. RMN: Fractura luxación aguda del margen lateral derecho del soma de L2 con rotación del resto del soma vertebral hacia lado centrolateral y presencia de hernia discal traumática con salida del contenido discal del lado izquierdo. El fragmento óseo condiciona una ocupación prácticamente completa del foramen de conjunción derecho L2-L3 con atrapamiento de la raíz L3 homolateral. Como consecuencia de la rotación vertebral existe una moderada estenosis del canal y de ambos recesos laterales, a nivel del espacio L2-L3 con compresión de la raíces L2 de forma bilateral. También se identifica una elongación traumática en el origen de la raíz L3 izquierda. TAC: Fractura luxación del cuerpo vertebral de L2, persistiendo un pequeño fragmento óseo inferior derecho en su posición habitual con luxación cefálica izquierda del resto del cuerpo vertebral. El pequeño fragmento óseo que permanece en su sitio parece multi fragmentado. Se evidencia además importante luxación de las apófisis articulares de L2 - L3 con fractura de espinosa de L2. Se evidencian también fracturas de apófisis transversas izquierdas de L2, L3y L4 y fractura de apófisis transversa derecha de L3. DIAGNÓSTICO: Fractura A0 L3 y L4 y fractura C L2.

Conclusiones:

Es intervenido realizándose reducción, estabilización y artrodesis L1-L4. En nuestro paciente, al ser un traumatismo de alta energía, es muy importante una exploración correcta, a pesar de que él nos refiera que puede caminar. Y una correcta inmovilización hasta la realización de una prueba de imagen que no confirme o nos descarte el diagnóstico.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1875

SÍNDROME OSGOOD-SCHLATTER EN ADOLESCENTE DEPORTISTA

MA Cañas Barranco (1), S Díaz Leria (2), D Diz González (2), MC Rodríguez Casimiro (2)

(1) VHI Swiftcare Clinic Rockfield Building. Dublín, (2) Hospital de Antequera. Área Sanitaria Norte de Málaga

Palabras clave: Osgood-Schlatter, disease, knee pain

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

El síndrome de Osgood-Schlatter es una de las causas más comunes de dolor de rodilla en adolescentes deportistas, porque el tendón del cuádriceps tracciona repetidamente la tuberosidad anterior de la tibia avulsionando el centro de osificación secundario. Mujer de 13 años, sana, excepto artroscopia de rodilla contralateral hace un año, por meniscopatía. Deportista, practica baloncesto y fútbol. Presenta desde hace 2 meses una tumoración dolorosa, debajo de la rodilla, sin traumatismo previo. Empeora después de realizar deporte. Exploración: tumoración elástica, en la tuberosidad anterior de la tibia, coloración de la piel normal, sin signos inflamatorios. Indoloro a la palpación en la línea articular, y dolor leve a la palpación de la tuberosidad anterior de la tibia. Movilidad de la rodilla normal, buena flexión y extensión y dolorosa la extensión contrarresistencia. Rótula: signo del cepillo y signo de aprehensión rotuliana negativos. Sin derrame articular. Ligamentos cruzados, cajón anterior y posterior negativos. Meniscos, son no dolorosas, con Maniobras de Apley y McMurray negativas. Ligamentos colaterales, con bostezos negativos. Radiografía de rodilla pequeña fragmentación a nivel de la tuberosidad anterior de la tibia compatible clínicamente con Osgood-Schlatter. Tratamiento conservador, paracetamol y AINES, hielo, reposo según la tolerancia del dolor, fisioterapia si la recuperación es lenta y si no hay mejoría, derivación al traumatólogo.

Conclusiones:

El síndrome de Osgood-Schlatter es una osteocondrosis que afecta al núcleo de osificación de la tuberosidad tibial en la zona de inserción del tendón rotuliano. Frecuente en adolescentes deportistas, más en niños 12-15 años, que niñas 8/12 años. Sintomatología: dolor e inflamación en la tuberosidad anterior de la tibia, que empeora con la extensión contrarresistencia y el deporte, mejorando con el reposo. Diagnóstico clínico, pero solicitar radiografía si es unilateral para descartar fractura, infección o tumor. El tratamiento es AINES, paracetamol, hielo previo y posterior al ejercicio y reposo relativo, sin violentos.

A-1878

CAÍDA FORTUITA EN PACIENTE JOVEN

P Olmedo Carrillo, A Perea Fernández, ML Millán Montilla, L Pancorbo Fernández

Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén

Palabras clave: traumatismo, fractura acetabular, fijación

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Paciente de 33 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por caída fortuita, con contusión en cadera izquierda, presenta limitación para la elevación y rotación externa de miembro inferior izquierdo, muestra gran intolerancia al dolor, hipotensión y cortejo vegetativo (diaforesis intensa). Se realiza estudio analítico y radiológico complementario, encontrando en la placa simple de pelvis posible línea de fractura en pala iliaca izquierda con afectación acetabular, que se confirma con TAC abdomino-pélvico.

Conclusiones:

Ante un paciente joven de edad y aparentemente con traumatismo banal, no debemos concluir que las lesiones que pueden aparecer sean de poca importancia, debiendo realizar maniobras de estabilidad pélvica hasta completar el estudio del paciente.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1879

HEMORRAGIAS TRAS LEGRADO

C Rubio Chacón (1), L Pérez Ordoño (1), E Muro Fernández de Piñed (1), I Miguéns Blanco (2), M Cuadrado Fernández (1), I Fernández Marín (1), A García Marín (1)

(1) Hospital Universitario 12 de Octubre, (2) Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Palabras clave: hemorragia, coagulación intravascular diseminada, legrado

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Mujer de 40 años fumadora de 15 cigarros al día, bebedora ocasional y con legrado evacuador por gestación anembrionada 3 días antes de su consulta al servicio de urgencias. Tras el legrado, refiere sangrado vaginal en cantidad escasa los dos días siguientes. Acude al servicio de urgencias por presentar un cuadro de dolor abdominal continuo generalizado de horas de evolución, acompañado de vómitos, abundante metrorragia en las últimas 24 horas y gingivorragia. No presentó fiebre, ni clínica infecciosa en la anamnesis por aparatos, ni otras alteraciones significativas. Constantes: T° 37,7°C, TA 127/76 mmHg, FC 129 lpm, FR 28 resp/minuto. En la exploración física se observa una paciente con regular estado general, con palidez cutánea. Presenta gingivorragia. AC: Rítmica y sin soplos, AP: Murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible, doloroso a la palpación de forma difusa, con palpación de una masa de 1 cm en el hipogastrio, MMII: No edemas. Análiticamente destaca una PCR 7,4 mg/dl, bilirrubina 1,34 mg/dl, leucocitos 10.000/u, hemoglobina de 8,2 siendo las anteriores normales, plaquetas 147.000/ul. Coagulación: actividad de protrombina <5%, tiempo de protrombina >140s, INR >1,0, TTPa >160s, fibrinógeno <35 mg/dl. Ecografía ginecológica: útero con mioma intramural subseroso que depende de la cara posterior de 98x95 mm. No se visualizan restos abortivos intrauterinos. Ambos anejos de tamaño y estructura normal. TC abdominal: Útero muy aumentado de tamaño con una masa de contornos mal definidos en la cara posterior del fundus y cuerpo uterino, ya conocida. No se ven colecciones periuterinas ni otras alteraciones significativas. Presentó buena evolución, no precisando aportes de fibrinógeno ni de drogas vasoactivas.

Conclusiones:

En la CID la estimulación continuada del sistema hemostático genera gran cantidad de trombina y de plasmina que producen las manifestaciones clínicas habituales: trombosis, hemorragias o ambas. Se debería de tener en cuenta ante procesos sépticos, traumatismos y complicaciones obstétricas.

P-1885

HELMET EN EDEMA AGUDO DE PULMÓN

O Mahrady Benjelloun, D Pordomingo Rodríguez, AM Rivas López, V Prieto Lorenzo, FJ Castrillo Quiñones, P Nunes Nancabú, R Aparicio Alonso

Hospital Virgen de la Concha. Zamora

Palabras clave: edema agudo de pulmón, VMN, Helmet

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN: El edema agudo de pulmón consiste en la acumulación de líquido en el espacio intersticial y alvéolos, es una forma aguda y potencialmente letal de insuficiencia cardíaca aguda izquierda, desarrollándose como consecuencia una insuficiencia respiratoria aguda. Será preciso iniciar la VMNI de manera individualizada y de forma precoz ya que la CPAP disminuye el trabajo respiratorio aliviando la fatiga muscular, mejora el intercambio gaseoso, aumenta la oxigenación y ventilación al reclutar alvéolos y restaura el volumen pulmonar. **OBJETIVO:** La utilización de la VMNI con interfase Helmet en urgencias produce una acusada mejoría clínica de forma precoz. La motivación y formación del personal son causa de éxito o fracaso de la VMNI. **MATERIAL:** Paciente de 81 años, NAMC, Hipertenso, Cardiopatía isquémica. Portador de marcapasos por bloqueo auriculoventricular. Acude a Urgencias por disnea, a su llegada al servicio de urgencias anamnesis dificultosa EF: REG, Trabajo respiratorio, Tiraje, Sudoroso, Frialdad y palidez cutánea. CYC : No IY. AC: rítmico AP: Hipoventilación generalizada con sibilancias y crepitantes sobre todo en base izquierda. EEII: Edemas pretibiales pulsos + no signo de TVP. EC: TA 183/95. FC 96 lpm. Temp 36.1 °. Sat O2 68% Con VentiMask al 50% Gasometría arterial: PH 7,16. pCO2 77,2 mmHg. PO2 51 mmHg. HCO3- 26,8 meq/l. SAT O2 67 % Se decide poner VMNI en modo CPAP Con una interfase Helmet con buena tolerancia del paciente. RX: Infiltrado intersticial bilateral **RESULTADO:** A las 2 horas de empezar la ventilación, mejoría clínica y gasométrica: PH 7,28. pCO2 55,3 mmHg. PO2 76,6 mmHg. HCO3- 25.4 meq/l. SAT O2 93,9 %. El paciente ingresa en planta de cardiología.

Conclusiones:

La población diana para comenzar con la interfase Helmet sería aquella que potencialmente vaya a necesitar una VMNI aguda de larga evolución evitando la intolerancia a la presión cutánea de las interfaces convencionales sobre el relieve facial y la aparición de decúbitos locales secundarios.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1889

ANGIOEDEMA Y VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA

MR López Díaz, EM Guirado Granados, S Martínez Saldumbide,
V Madrid Ferreiro, F Sánchez Salmeron, M Sánchez García,
AM Cordovilla Moreno

Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena. Cartagena,
Murcia

Palabras clave: angioedema, dyspnea respiration, artificial

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

INTRODUCCIÓN A propósito de un caso de insuficiencia respiratoria aguda severa secundaria a angioedema. OBJETIVOS Presentar el posible uso de ventilación mecánica no invasiva en hipoxemia severa secundaria a angioedema en el contexto de fracaso de medidas de soporte ventilatorio indicadas. MATERIAL Y MÉTODOS. Mujer de 57 años que acude a urgencias por cuadro de infección respiratoria vías bajas. Previo a acudir a urgencias refiere toma de un comprimido de ibuprofeno. Al acudir a urgencias presenta de manera brusca dificultad respiratoria con clínica de angioedema. Se comenta con otorrinolaringólogo de guardia e iniciamos tratamiento farmacológico y oxigenoterapia. Dada la clínica de la paciente se plantea intubación orotraqueal no siendo posible ni colocación de guedel por edema importante y brusco. Estando presente orl no tenemos posibilidad de traqueotomía urgente. La paciente estando con saturación con reservorio de 70 y taquicardia sinusal se decide ventilación mecánica no invasiva como medida de soporte. Iniciamos modo BiPAP con: EPAP 5, IPAP 12 y rampa de 5 en V60, IE de 1/2. RESULTADOS: La paciente mejora en menos de 1 minuto la taquicardia sinusal y en 5 minutos presenta saturaciones y frecuencia cardíaca adecuadas mejorando nivel de conciencia. Dada la importante mejoría mantenemos vmni y subimos a quirófano donde realizan traqueotomía reglada tras fibroendoscopia donde observan gran inflamación de toda la epiglotis dejando sin espacio la entrada glótica.

Conclusiones:

En este caso de angioedema no se pudo realizar medidas terapéuticas adecuadas e indicadas por la imposibilidad dada la exploración de la paciente. Debido a situación crítica con hipoxemia severa y fracaso de medidas adecuadas se decidió como medida de soporte la vmni. Con la presentación de este caso no consideramos que la vmni sea indicación en casos de angioedema severo pero si en caso de fracaso de todas las medidas indicadas podríamos considerarlo como medida de soporte ventilatorio. En este caso consideramos que programar bajas presiones y rampa poco agresiva disminuye la posibilidad de turbulencias en vías altas (que es donde se presenta la patología) y favorecemos un flujo mas laminar que favorezca buenos volúmenes y la mejoría de la hipoxemia.

P-1895

SHOCK ANAFILÁCTICO Y PREDICCIÓN DE VÍA AÉREA DIFÍCIL: LA IMPORTANCIA DE NO DEMORAR EL USO DE ADRENALINA

M Buforn Jiménez, CA Yago Calderón, E Caro Vázquez,
A Buforn Galiana, F Temboury Ruiz

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Palabras clave: angioedema, anaphilactic shock, adrenalin

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Paciente varón 75 años, sin alergias, hipertenso, dislipémico, trombosis cayado safena derecha hace 1 año (anticoagulante hasta hace unos meses). Remitido en UVI móvil por angioedema de 3 horas de evolución (cenó carne y arroz). Durante el traslado, se pautan metilprednisolona 60 mg + hidrocortisona 200 mg + dexclorfeniramina + ranitidina intravenosos (IV) y aerosol con adrenalina. En Cuarto de Críticos, el paciente sufre obstrucción parcial de la vía aérea con intenso edema de lengua. Refiere episodios previos de menor intensidad sin conocer desencadenante. Exploración: mal estado general, consciente, orientado y colaborador, tolerando parcialmente conversación. Edema de lengua con protrusión en cavidad oral. Se solicita valoración por Otorrinolaringología (ORL) para valorar traqueostomía urgente y UCI, pues se prevé vía aérea difícil si empeora. Se pautan 250 mg de metilprednisolona + 5 ampollas de adrenalina diluidas en 250 cc de SF a 20 ml/ hora IV. Se solicita analítica, electrocardiograma (taquicardia sinusal) y radiografía tórax portátil, sin hallazgos. Saturación O2: 96% ORL: obstrucción casi completa de vía aérea con protrusión de lengua edematizada en cavidad oral. Nasofibroscoopia: borramiento de vallécula, epiglotis muy edematizada. Aritenoides y pared lateral de hipofaringe con edema intenso, colapsa luz glótica. No estridor ni tiraje, evidenciándose en pocos minutos mejoría clínica, por lo que se decide no realizar traqueostomía urgente. El paciente permanece en Observación de Urgencias. Analítica: 24000 leucocitos (desviación izquierda) PCR 64. Valoración ORL tras 5 horas: Saturación 95%, mejoría clínica, sin estridor ni trabajo respiratorio. Nasofibroscoopia: mejoría respecto a previa, disminución del edema, visualización cuerdas vocales, persistiendo limitación luz glótica por edema de bandas. Disminución exponencial de macroglosia edematosa. ORL decide ingreso a su cargo tras retirada de perfusión de adrenalina.

Conclusiones:

El shock anafilático tiene consecuencias mortales si no se efectúa tratamiento efectivo e inmediato. Es primordial el manejo de vía aérea y predicción de vía aérea difícil. Debido a la afectación anatómica por el edema de nuestro paciente, si obstrucción completa, las técnicas indicadas hubieran sido traqueostomía/cricotiroidotomía urgente. El uso precoz de elevadas dosis de adrenalina evitó este proceder. Destacar la importancia del pronóstico de vía aérea difícil, así como la indicación de adrenalina precoz IV.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1897

TÉCNICA DE HEMOSTASIA INTRAGÁSTRICA DE ESTOMA DE GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA EN PACIENTE ANTICOAGULADO

C López Vilar, C del Pozo Vegas, C Laserna del Gallego, S López Rodríguez, R Alonso Avilés, A Álvarez Hurtado

Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Universitario. Valladolid

Palabras clave: gastrostomía, hemorragia, anticoagulantes

Historia clínica:

Varón de 85 años que consulta en Urgencias por hemorragia de pared abdominal 30 horas después de someterse a una gastrostomía endoscópica percutánea (PEG). Es un anciano dependiente, institucionalizado que como antecedentes presenta HTA y Fibrilación Auricular tratadas con enalapril, digoxina y rivaroxaban. Se retiró el anticoagulante 24 horas antes del procedimiento y se reintrodujo 24 horas después. Al parecer ha tratado de arrancarse la sonda mediante un tirón comenzando a sangrar hace 4 horas por el estoma gástrico. Exploración: regular estado general, tendencia al sueño palidez y frialdad cutánea. TA de 94/51, Fc 76 lp', taquipnea de 20 rp'y relleno capilar de 3''. Hemorragia en babeo por estoma cutáneo alrededor de la PEG sin poder objetivar el punto de sangrado. Dichos hallazgos son compatibles con un shock hipovolémico clase II según el ACS (American College of Surgeons) aunque podrían tratarse de la clase III al estar limitada la respuesta cardíaca por la digoxina y el nivel de consciencia por las características del paciente. Se pautaron cristaloides y transfusión de hemoderivados. Se comprobó que realizando una tracción de la PEG a 90° sobre la superficie cutánea la hemorragia desaparecía por lo que se estimó que podría tratarse de un vaso de la pared gástrica anterior. Dado que resultaba muy difícil mantener una presión constante mediante un vendaje compresivo se decidió realizar una tracción de la sonda anudándole un vendaje de crepé conectado a un suero de 1000cc mediante un sistema de polea similar a la tracción de Buck empleada en Traumatología consiguiendo una tracción uniforme y segura del fijador interno de la sonda sobre la mucosa que paró el sangrado. Tras ser estabilizado el paciente ingresó en Digestivo, habiendo controlado la hemorragia, no requiriendo perfusión de complejo protrombínico o hemostasia quirúrgica.

Conclusiones:

Dentro de las medidas iniciales para el control de la hemorragia está el realizar una hemostasia compresiva si es posible. En Urgencias el ingenio puede controlar una situación de extrema gravedad y salvar la vida a un paciente además de manera coste efectiva.

P-1898

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR CON LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA. REPORTE DE UN CASO

M Boksan (1), M García Aroca (1), MJ Conesa Espejo (1), E Guirado Granados (1), S Martínez Saldumbide (1), V Madrid Ferreiro (1), J Flores Torrecillas (2)

(1) Hospital Santa Lucía, (2) Centro de Salud Cartagena. Murcia

Palabras clave: ventilators, mechanical, cardiopulmonary resuscitation, respiratory acidosis

Ámbito del caso:

Hospitalaria

Historia clínica:

Nuestro caso clínico es un varón de 66 años que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de aumento de su disnea basal con autoescucha de sibilancias. Es un paciente hipertenso, fumador activo 80 paquetes/año con uso diario de salbutamol, pero sin diagnóstico de EPOC. Durante la exploración física paciente se demuestra tranquilo, con frecuencia respiratoria 16/min, saturando 92% al FiO2 21% y sin tiraje. Paciente procede a sala de enfermería para realización de pruebas complementarias, cuando sufre parada respiratoria. Se traslada al box de emergencias: esta inconciente y sin pulso, se comienza masaje cardíaco y ventilación con bolsa válvula mascarilla y oxígeno. Gasometría arterial: acidosis respiratoria severa con pH 6.8, pO2 284, pCO2 95, H2CO3 17, observándose la fibrilación ventricular como ritmo inicial, por lo que se realiza desfibrilación cardíaca. Se continúan maniobras de RCP avanzada y tras intento fracasado de intubación orotraqueal se inicia ventilación mecánica no invasiva, modalidad BILEVEL, con la IPAP 20, la EPAP 8, continuándose a la vez maniobras de RCP avanzada. Tras 20 min de VMNI, paciente pasa a ritmo sinusal y comienza con mejoría de Glasgow score, hasta 12 puntos tras 45min de VMNI. Tras 10 h de VMNI se inicia destete, y paciente ingresa a cargo de Neumología sin VMNI.

Conclusiones:

La VMNI es un pilar fundamental en el tratamiento del edema pulmonar cardiogénico y la exacerbación aguda del EPOC cuando se encuentra complicada con acidosis respiratoria. Esta ha demostrado disminuir la mortalidad, el tiempo y los costes de estancia hospitalaria, la tasa de intubación. Entre las contraindicaciones para la VMNI hasta el año 2001 figuraba encefalopatía severa Glasgow <10, salvo la encefalopatía hipercápnica, ya que puede mejorar en las primeras 2 horas de iniciada la VMNI. La probabilidad de que responda es inversamente proporcional a la severidad de la hipercapnia. Según nuestra búsqueda bibliográfica exhaustiva no se ha publicado ningún caso clínico de empleo de la VMNI durante coma hipercápnico con la parada cardíaca asociada. Creemos que nuestra experiencia aporta una novedad en cuanto a las posibilidades de abordar un paciente con parada cardíaca secundaria a insuficiencia respiratoria hipercápnica.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1902

MANEJO EXTRAHOSPITALARIO DE VÍA AÉREA DIFÍCIL ALEJADOS DE NÚCLEO URBANO

JM Rodríguez Cámara (1), NI Pereña Molina (2), A Pascual Vergara (3)

(1) Urgencias. Centro de Salud Ronda Norte, (2) AGS Serranía de Málaga, (3) Urgencias. Centro de Salud Ronda Norte. Ronda, Málaga

Palabras clave: pulmonary edema, intubation, intratracheal

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Introducción. El Centro de Coordinación de Urgencias y Emergencias 061 dan aviso prioridad 1, a nuestra UVI móvil, posible hemorragia digestiva alta, en varón de 72 años que se encuentra en un cortijo en la sierra a varios kilómetros de la localidad dónde nos encontramos, con acceso por carretera de montaña en mal estado, desconocemos antecedentes personales, sabemos que es portador de marcapasos. A nuestra llegada el paciente se encuentra sentado en una habitación de aperos de labranza, sin luz artificial está sudoroso, con vómitos continuos líquidos con espuma rosada, no hematemesis. Tensión arterial 140/90, saturación O₂ 92%, glucemia: 112mg/dl, a la exploración consciente, orientado y colaborador, palidez cutánea, bradipnea, tonos rítmicos apagados con estertores crepitantes húmedos generalizados. Electrocardiograma: Ritmo de marcapasos estimulando ventrículo a 110 latidos por minuto. Resto sin interés. Trasladamos al paciente a nuestra UVI móvil y realiza parada respiratoria, mantiene pulso y ritmo (ritmo de marcapasos en monitor) y abundantes secreciones espumosas rosadas en orofaringe. Objetivo Mejorar la situación clínica mediante el aislamiento de la vía aérea con intubación orotraqueal (IOT) y uso de ventilación mecánica, uso de fármacos, estabilizarlo y realizar traslado a hospital más cercano. Material y método. Se procedió a la IOT previa sedación con 7,5mg de midazolam intravenoso (IV) en paciente con grado III de laringoscopia directa de la escala de Cormack-Lehane con abundantes secreciones espumosas rosadas en orofaringe y vía aérea. Se utilizó un tubo endotraqueal nº8, que se conectó a un respirador portátil Oxylog 2000 con los siguientes parámetros: VT 0,6, frecuencia 10, TI:TE 1:2, Pmax 40 y PEEP 5. Se administró 40 mg de Furosemida IV. Resultados. Durante el traslado y a su llegada a sala de críticos del hospital presentó saturación O₂ >92%, ritmo de marcapasos a 90 lpm, TA de 110/74.

Conclusiones:

El paciente sufrió un edema agudo de pulmón con parada respiratoria por agotamiento, actualmente está en planta de medicina interna recuperándose con buena evolución tras dos días en la unidad de cuidados intensivos. Es importante en medicina extrahospitalaria manejar las técnicas de emergencias, vía aérea y ventilación mecánica, más aún si estamos alejados de núcleo urbano con centro hospitalario.

P-1903

EMPLEO DE CPAP BOUSSIGNAC EN UN CASO DE OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA SUPERIOR POR UN HEMANGIOMA LARÍNGEO GIGANTE

M Boksan (1), MJ Conesa Espejo (1), N Janeski (2), M García Aroca (1), L Zapata Ledo (1), J Flores Torcillas (3), A Delgado García (1)

(1) Hospital Santa Lucía. Cartagena, (2) Klinicki Centar Srbije, (3) Centro de Salud Cartagena Casco. Murcia

Palabras clave: airway obstruction, CPAP ventilation, teleangiectasia hereditary hemorrhagic

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Se avisa 112 por una paciente de 45 años que presenta cuadro de estridor brusco, mientras se encuentra en el consultorio de su médico de familia. Entre los antecedentes de la paciente figura: tabaco, anemia ferropénica, epistaxis autolimitada y disnea NYHA 1. A la llegada de UVI móvil, paciente se encuentra en distress respiratorio, con estridor, agitada, hiperalerta y con uso de la musculatura accesoria saturando 98% con Ventimask al 28%. Exploración física destaca: estridor inspiratorio en reposo, sin sialorrea. Auscultación pulmonar: ruidos estridorosos transmitidos de la vía aérea superior, sin broncoespasmo. En ambulancia se inicia la CPAP con el dispositivo Boussignac. Tras el inicio de la VMNI, mejora estridor y paciente se queda eupneica. Se traslada al hospital. La rinofibrolaringoscopia revela una neoformación de aspecto vascular que ocupa ambos senos piriformes protruyendo a nivel glótico y condicionando una estenosis importante de la luz glótica. Radiografía de tórax: cardiomegalia grado I y opacidades polilobuladas en ambos campos pulmonares, sobre todo en ambas bases, por lo que se amplía el estudio con Angio-TAC: donde se ven 4 fistulas arteriovenosas situadas en campo derecho y 3 en campo izquierdo, siendo la más grande en el segmento laterobasal derecho. Se realiza traquetomía y resección quirúrgica vía endoscópica. Posteriormente se realiza embolización percutánea con coils, diagnosticándose a la paciente de enfermedad de Rendu-Osler-Weber

Conclusiones:

Las malformaciones arteriovenosas pulmonares (MAVP) son comunicaciones anormales entre el sistema arterial y venoso con una incidencia de 2-3 casos en 100.000 habitantes. Pueden ser congénitas, por el desarrollo incompleto de los septos vasculares o no congénitas. Clínicamente se manifiesta como cianosis, disnea por desoxigenación, por shunt derecha-izquierda. Aunque muchos pacientes compensan bien la desaturación y no manifiestan los síntomas, lo que podría ser el caso de nuestra paciente. Según nuestra búsqueda no se ha publicado ningún caso de uso extrahospitalario de CPAP Boussignac para la obstrucción de vía aérea por un hemangioma gigante en un adulto, por lo que creemos que el valor científico y formativo de este caso es excepcional.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

A-1904

USO DE LA TÉCNICA CORRECTA EN VMNI EN EAP

M García Ventura, A Peinado Cano, C López López

Hospital Torrecárdenas. Almería

Palabras clave: CPAP, EAP, adaptación

Ámbito del caso:

Extrahospitalaria

Historia clínica:

Paciente varón de 41 años de edad con AP de hiperuricemia, miocardiopatía dilatada con disfunción severa de VI, IC grado funcional III de la NYHA. EL paciente tras ser sometido a CVE esa mañana de la FA que padecía, comienza a lo largo de la tarde a encontrarse cada vez más disneico y con peor tolerancia al movimiento, hasta que súbitamente por la noche se despierta con gran sensación de ahogo. En box de críticos el paciente presenta sensación de gravedad, consciente, taquipneico a 28 rpm, con uso de musculatura accesoria inspiratoria y espiratoria. Cianosis distal. Normohidratado. SAT 88% TA140/93 FC 115 lpm Destaca cierta hiperemia en orofaringe, así como discreto edema en zona labial. ACR: tonos rítmicos, no soplos, hipoventilación difusa en todos los campos, murmullo vesicular. Crepitantes groseros hasta campos superiores. Durante el traslado el equipo de EPES, trató de usar VMNI tipo CPAP, que según refirieron ellos mismos el paciente no toleró. Se trata al paciente con diuréticos, opioides, oxigenoterapia, nitratos y corticoides consiguiendo poca respuesta inicial, por lo que se decide probar nuevamente con VMNI. GSA previa a la CPAP: pH 7.33, PpCO₂ 44.1 mmHg, PpO₂ 65mmHg, Bicarbonato 22.6mmol/L Se insiste en explicar al paciente la técnica, la cual es aceptada por el paciente. Se inicia CPAP a 15mmHg, que el paciente tolera sin aparentar incomodidad ni deseos de retirar la mascarilla. Progresivamente y gracias a la mejoría y gran respuesta del paciente a la CPAP, se disminuye paulatinamente la presión hasta completar el destete sin recaídas, consiguiendo estabilizarlo y pudiendo ser ingresado en planta. GSA al ingreso: pH 7.39, PpCO₂ 42 mmHg, PpO₂ 74.6mmHg, Bicarbonato 21.3 mmol/L Tras alta domiciliaria el paciente no ha acudido nuevamente a urgencias, ni ha requerido ingreso, manteniéndose estable en los últimos 6 meses.

Conclusiones:

Tan importante es el correcto uso de la VMNI, como es la adaptación del paciente a la misma. Una correcta explicación al mismo de la técnica que se le va a aplicar, el uso de la mascarilla adecuada, una posición lo más cómoda posible, evitando que las etiquetas y cinchas estén en contacto con la piel del paciente, ayudan a que éste tolere la VMNI.

A-1905

PRESENTACIÓN DE UN ALGORITMO PARA EL CORRECTO MANEJO DE LA OXIGENOTERAPIA EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS Y URGENCIAS MÉDICAS

MJ Ruiz Vert (1), S Martos García (2), JR Ropero Molina (2), JP Fabregat Sanjuan (2), M Porta Rodríguez (2), M Torres Rodríguez (2)

(1) CAP Eixample, (2) SEM. Lleida

Palabras clave: oxygen inhalation therapy, respiratory insufficiency, oximetry

Ámbito del caso:

Ambos

Historia clínica:

Introducción: Presentación de un algoritmo para el correcto manejo de los dispositivos de oxigenoterapia en servicios de emergencias y urgencias. Objetivo: Conocer las indicaciones de la oxigenoterapia. Monitorización de valores indicativos. Reconocer signos de alerta. Diferenciar los distintos dispositivos de administración de oxígeno y adecuar su uso. Metodología: Pacientes: Pacientes adultos y pediátricos atendidos en el ámbito extra hospitalario Material: pulsioxímetro y algoritmo de actuación. Método: Valoración de signos y síntomas en los diferentes pacientes atendidos en los servicios de emergencias extra hospitalarias. Seguir un esquema de actuación a la hora de administrar oxigenoterapia. Reevaluación continua del paciente para evitar posibles toxicidades. Resultados: Reconocer mediante clínica básica y el parámetro de pulsioximetría, el dispositivo de oxigenoterapia, el flujo y la FiO₂ más adecuados para el paciente.

Conclusiones:

Con el fin de realizar un correcto tratamiento y evitar los efectos indeseados de la oxigenoterapia debemos planear el flujo y FiO₂ correctos. Se deben conocer las limitaciones de la oxigenoterapia en pacientes con patología respiratoria de base así como los intervalos de SatO₂ recomendados según cada paciente. Utilizar un algoritmo en la práctica diaria a la hora de iniciar y reevaluar la oxigenoterapia sería una manera de agilizar y mejorar la actuación del paciente a nivel extra hospitalario.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1909

LA IMPORTANCIA DEL CÁLCULO DE RIESGO EN LA NAC

C Fernández Pereda (1), B Sainz Santos (2), Z Soneira Rodríguez (3), A Blanco García (1), A Aldama Martín (1)

(1) Centro de Salud Camargo Costa, (2) Médico Residente MFyC. Centro de Salud Dávila. Santander, (3) Médico de Atención Primaria. FEA Urgencias Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Historia clínica:

Mujer de 73 años que acude a Urgencias de nuestro hospital por cuadro de deterioro de su estado general en las últimas 24 horas asociando cuadro catarral y alteración de cifras de tensión arterial. No tos ni expectoración. No fiebre. Además la hija refiere que la nota más adormilada desde hace unos días, lo relaciona con la introducción de Opiáceos. Como antecedentes personales es alérgica a penicilinas y B- lactámicos, HTA, DLP, Parkinsonismo vascular y dilatación aneurismática de la basilar. Tratamiento: Sinemet, Enalapril, Apixaban, Clopidogrel, Bisoprolol, Atorvastatina, Buprenorfina parches. Bien hidratada, coloreada y perfundida, TA 135/68, FC 70 lpm, T° 36,2°C, 18 rpm, Sat O2 94%. AC: rítmica sin soplos. AP: mvc con roncus en campos inferiores. Abdomen: anodino. EEL: mínimos edemas maleolares, no signos TVP, pedios no presentes. Neurológico: Consciente y orientada, ligeramente bradispsíquica. No focalidad. Durante la exploración física sufre un episodio de hipotensión arterial con cifras de 70/40 muy bien tolerado. Analítica: 13.500 Leucocitos (88% S, 14% C, 4% M), PCT 29 ng/dl, PCR 25,3 mg/dl, Urea 98, resto de parámetros en rango de normalidad. Rx Tórax: infiltrado base izquierda compatible con proceso neumónico.

Conclusiones:

Sepsis secundaria a infección respiratoria, neumonía adquirida en la comunidad (NAC). Procesos: sepsis por otro proceso, intoxicación medicamentosa, La NAC es una infección bastante frecuente en nuestro medio con una mortalidad nada despreciable. Lo más importante una vez diagnosticado es valorar si el tratamiento puede ser ambulatorio u hospitalario, para ello se usan las escalas CURB-65 o PSI que permiten estimar el riesgo de mortalidad por dicho proceso. En nuestro caso el CURB-65 es de 2 puntos (6,8% mortalidad en 30 días) y un PSI de 104 puntos, clase IV (9,3% mortalidad intrahospitalaria) por lo que se decide hospitalización y se instaura tratamiento antibiótico empírico. Dado parámetros analíticos compatibles con sepsis se inicia fluidoterapia y Piperacilina-tazobactam 4 g cada 8 horas más Levofloxacin 750 mg cada 24 horas vía endovenosa. La paciente continuó hemodinámicamente estable permaneciendo bajo vigilancia hasta su ingreso en planta.

P-1910

SÍNDROMES DE VENA CABA SUPERIOR (SVCS): PRESENTACIÓN DE UN CASO

I Sanlés González, I Andreescu Yagüe, J Hernández Martínez, P Molina Llorente, DH Toresano López

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Historia clínica:

Mujer de 75 años que acude Urgencias por cuadro de 48 horas de evolución de dolor, aumento de volumen de MSD, cefalea y otalgia derecha. Asociando tos con expectoración hemoptóica y síndrome general con pérdida de 3 kilos de peso en los últimos tres meses. Como antecedentes personales destacan dislipemia en tratamiento farmacológico y herniorrafia crural intervenida hace 20 días, encontrándose hemodinámicamente estable, presenta aumento de circulación colateral a nivel cervicotorácico derecho, edema en esclavina doloroso a la palpación, sinadenopatías palpables. MSD edematizado con eritema local y pulsos conservados. Resto sin hallazgos. Analítica básica de urgencias en rango. Radiografía de tórax masa en LSD que desplaza el mediastinocontralateralmente. Ante la sospecha clínica de SVCS secundario a tumoración en LSD realizamos TC corporal: masa parahiliar derecha heterogénea, de 66x50x65mm. Se extiende desde hilio pulmonar derecho hasta vértice pulmonar, englobando e infiltrando la VCS. Trombosis de vena yugular derecha. Defecto de repleción a nivel de rama segmentaria del LSD, compatible con TEP. Ya en planta se completó estudio con PAAF por broncoscopia positiva para células malignas (adenocarcinoma), y PET masa intensamente hipermetabólica en LSD que compromete por extensión adenopatías paratraqueales y mediastínicas derechas. Lesión focal en rama isquiopubiana derecha sospechosa de M1 ósea.

Conclusiones:

SVCS secundario a adenocarcinoma pulmonar derecho T4N2M1 (hueso). Tromboembolismo pulmonar. Trombosis venosa profunda de miembro superior derecho. Dada la estabilidad clínica se inició tratamiento con dexametasona y enoxaparina a dosis anticoagulantes. Una vez filiada la estirpe neoplásica y su extensión se inició radioterapia neoadyuvante y quimioterapia con carboplatino. El SVCS es una urgencia médica, causada por el déficit del retorno venoso a la aurícula derecha a nivel de la VCS. La principal causa es una compresión extrínseca de la VCS, en la mayoría de los casos secundaria a una neoplasia. Su presentación clásica es cianosis, plétora facial, edema en esclavina, aumento de circulación colateral, disnea y tos. Su diagnóstico es clínico, apoyado en técnicas de imagen, las cuales nunca deben demorar el tratamiento, que consiste en radioterapia, corticoterapia, anticoagulación, diuréticos y tratamiento de la enfermedad de base.



índice temático



índice autores



inicio





CAPÍTULO 14. CASOS CLÍNICOS

P-1911

¡ESTA TOS NO MEJORA!

D Fernández Torre, P López Tens, A Blanco García, J Villar Ramos, M Monter Pérez

Centro de Salud Camargo Costa. Colindres, Cantabria

Historia clínica:

Paciente varón de 79 años que acude a urgencias por persistencia de tos, expectoración y disnea de un mes de evolución, en la última semana asocia fiebre. Como antecedentes de interés refiere que hace un mes fue tratado por neumonía basal izquierda con Amoxicilina-Clavulánico durante 10 días a la espera de cultivo de esputo. La fiebre remitió a las 72 horas persistiendo clínica respiratoria. Como otros antecedentes destacar EPOC leve e HTA. Ex-fumador. A la exploración presenta crepitantes bilaterales y roncus dispersos con distrés respiratorio moderado. En la analítica no presentaba leucocitosis pero la PCR era >25 mg/dl. Perfil de sepsis negativo. La radiografía simple muestra una neumonía bilateral con derrame. Revisando el cultivo de esputo realizado hace un mes se aisló un SARM sin haberse modificado posteriormente el tratamiento. Ante la sospecha de una neumonía persistente por un germen resistente, decido ingresarlo e iniciar tratamiento intravenoso con Vancomicina. Posteriormente se asocia Levofloxacino por aparecer en nuevo cultivo de esputo un Haemophilus Influenza b. Se trató al paciente como portador nasal y faríngeo de SARM. Se realizaron serologías en orina de Legionella y S. pneumoniae que fueron negativas. La evolución del paciente fue buena, desapareciendo la fiebre y la clínica respiratoria y siendo dado de alta a los 10 días de su ingreso.

Conclusiones:

Neumonía bilateral por SARM y H. influenza b (NAC). La Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) es una infección aguda del parénquima pulmonar. Para su diagnóstico se requiere: un cuadro clínico compatible y una lesión radiológica aguda no explicable por otra causa. debe hacerse con neoplasias, reagudizaciones de EPOC, neumonía nosocomial, fibrosis quística y tuberculosis. La confirmación bacteriológica solo se consigue en el 50% de los pacientes. Los gérmenes más frecuentes son: StreptococcusPneumoniae, MycoplasmaPneumoniae, Chlamydia Pneumoniaepsittaci, CoxiellaBurnetti y virus respiratorios. Las resistencias antibióticas han aumentado en los últimos años de forma alarmante. El hecho de poder acceder a las pruebas realizadas anteriormente desde atención hospitalaria y primaria, es algo fundamental para evitar errores de respuesta por falta de seguimiento del paciente.

Índice de autores

28
Congreso
nacional SEMES



EXPERIENCIAS
evolucionando



índice temático



índice autores



inicio





ÍNDICE DE AUTORES

A G Y	A-1209	Abu Raiya R.	P-1044
A L N	A-434, P-388	Acha Martín M.	P-1745, P-1816
A P O	A-434, P-388, P-395	Acha Piñero B	P-1854
Abad C	O-5, P-14	Achurra Pardo I	O-349
Abad López L	A-804, A-1721, P-1477	Aciego Sánchez J	P-1758
Abad Nieto AM	A-1128	Acien Lorca MJ	P-289
Abad Pérez M	A-1589, P-1444	Acosta Ramón V	A-1184, P-713, P-958, P-1048, P-1091, P-1461, P-1785,
Abad Rodríguez R.	P-1109	Acosta Roca J	P-1475, P-1512
Abad Sánchez L	O-96	Acosta Vargas G.	P-679, P-964
Abadía Cebrián F	P-1345	Adell Ruiz de León M	P-1412
Abadía Gallego V	A-1157, P-1500	Adell Urraca J.	P-384
Abadías Medrano MJ	A-275, A-1145, A-1552, P-251, P-260, P-272, P-926	Adrián Espinosa C	A-1625
Aban Alique S	A-812	Agra Montava I	A-789, O-1302, P-523
Abanades Tercero M	P-1475	Aguayo López MA	A-781, A-1124, A-1126, A-1162, A-1865, P-703, P-1047, P-1806
Abascal Roda JM	A-814, A-847, A-1134, P-232, P-925, P-945, P-960, P-1892	Aguayo Ocaña ML	A-830, A-849, A-1556, A-1856
Abdel-lah Fernández O	A-1587	Agüera Fernández P	A-869, A-1276, P-736, P-1817
Abdeslam Mohamed N	A-1281	Agüero Cárdenas MA	P-119, P-141
Abejón R	P-406	Agüeros Osante R.	A-1580
Abejón López L	A-811, P-1038	Aguilar Fernández F	O-353, P-355, P-357, P-684
Abejón Martín R	P-237, P-483	Aguilar García ML	A-336
Abelaira Freire J	A-1270, O-1298, O-1306, O-1313, P-55, P-501, P-1307	Aguilar Hernández P	P-624
Abella J	P-415	Aguilar Mulet JM	O-1211, O-1214, P-229
Abellán García P	P-1267, P-1395, P-1396, P-1414, P-1671	Aguilar Mulet M	P-1095
Abellaneda Camacho M	P-117	Aguilar Pedra O	P-324
Abia González J	O-172, O-477, P-223, P-379	Aguilar Salmerón R	P-1656
Abolafia Montes ML	A-774, A-785, A-868, A-1848	Aguilar Vivar EM	O-104
Abrego Vaca LF	P-1027	Aguilera Cros PC	P-1753
Abrisqueta García J	P-185, P-190, P-396, P-1882	Aguilera Peña M.	P-10, P-490, P-572
		Aguiló S	O-281, O-286, O-1311





ÍNDICE DE AUTORES

Aguiló Mir S.	O-290, O-1310	Alcántara Zapata F.	P-258
Aguirre Juaristi N.	O-436, O-459, P-87, P-1778	Alcaraz Martínez J.	P-220, P-227
Aguirre Sánchez J.	A-1170, P-1429	Alconchel Gracia S.	P-517
Aguirre Tejedo A.	O-211, O-441	Alcover Medina V.	A-336, A-1132, P-249, P-607, P-759, P-1093, P-1667, P-1779
Agustín Varas A.	P-667, P-1290	Alcoverro Faneca M.	P-384
Aisa Al-Lal S.	P-1053	Alcuria Ledo L.	P-1403
Aja García G.	A-339	Aldama Martín A.	A-70, A-1160, A-1277, P-920, P-977, P-1100, P-1248, P-1794, P-1909
Al Adib Mendi Y.	A-1156	Alday Beraza A.	P-327, P-940, P-1329
Al-Lal Mohamed N.	P-1053	Aldea Molina E.	P-487
Alarcón Bernabé L.	O-6	Aldunate Muruzábal MT.	P-1653
Alarcón López A.	A-1877	Alegre Alvarenga A.	P-599
Alarcón Meléndez M.	A-1877, P-729	Alegre Ontavilla D.	P-259
Alba Esteban P.	P-560	Alegre Ramos L.	O-158, P-27, P-750
Alba Muñoz L.	A-84	Alejandro R.	P-1332
Albal García A.	P-1000	Alemaný Salanova J.	P-1491
Albarracín Serano II.	P-1793	Alfaro Gómez C.	A-1271, A-1272, A-1538, O-159, O-161, P-222, P-1330
Albarracín Vílchez MF.	A-1133, A-1284, P-1005, P-1084, P-1256	Algaba Montes M.	A-68, A-80, P-13, P-20, P-24, P-37, P-50, P-53
Alberdi Ibáñez I.	P-1757	Alguacil Pulido M.	A-810
Albero Miró A.	P-213	Ali Ali B.	O-1735, P-530, P-1359, P-1734
Alberro Aranzasti B.	O-214	Aligüé J.	O-206
Albistur Lesmes I.	P-1081	Alija Castro JF.	P-715, P-935, P-1064
Albizua Huarte E.	P-756	Alises Moraleda JM.	P-550
Albuixech Ginesta M.	O-444	Allega Gnecco L.	P-1406
Alcain Hernández MF.	A-78	Almendárez M.	P-570
Alcalá Aniento J.	P-968, P-1455, P-1767	Almendro Noguera J.	A-1601
Alcalá Bustos L.	A-1546, A-1549, P-1342, P-1498	Alonso G.	P-26
Alcalá Navas M.	P-1684	Alonso JE.	A-1155, O-471
Alcalá Navas MC.	P-112, P-118	Alonso P.	P-573
Alcalde López S.	A-1551, P-1500, P-1797	Alonso Andrés L.	P-1774
Alcántara Alejo M.	O-486, O-876	Alonso Arévalo A.	P-484, P-1327
Alcántara Álvarez E.	A-870, A-1608, A-1864, P-296		
Alcántara Feliz L.	P-1394		





ÍNDICE DE AUTORES

Alonso Avilés R.	A-1857, O-460, P-407, P-1323, P-1810, P-1897	Alsasua Zurbano A.	O-1315
Alonso Chamorro M.	P-411, P-414	Alsina Coll MD.	P-295
Alonso del Rivero Hernández VC	P-120, P-515, P-1324	Alva Tellez D.	P-675
Alonso Díez M.	P-1745	Alvarado FJ.	P-298
Alonso Esteban G.	P-236	Álvarez Álvarez M.	O-480
Alonso Esteban R.	A-811, A-815, P-949, P-1116	Álvarez Balseca TR.	A-1143, A-1146, A-1197, A-1710, P-325, P-711, P-942, P-1052, P-1055, P-1678, P-1796
Alonso Formento E.	O-485, P-562	Álvarez Calderón M.	A-339
Alonso Formento JE.	P-470, P-487, P-518	Álvarez Cambronero S.	P-58
Alonso Lasheras E.	P-293	Álvarez Cano JJ.	A-1135, P-3, P-481, P-1003
Alonso López FJ.	P-300, P-316, P-1437	Álvarez Carretero M.	O-290
Alonso López S.	P-1229	Álvarez Castillo A.	P-1750
Alonso Maté O.	P-398	Álvarez de la Mata C.	O-98
Alonso Morales F.	P-1110	Álvarez Escamilla A.	P-165
Alonso Morales JM.	P-1219, P-1795	Álvarez Fernández V.	A-860, A-1127, A-1172, A-1286, A-1554, P-743, P-744, P-745, P-1490, P-1503, P-1694
Alonso Morales M.	P-758	Álvarez Franco JM.	A-83, P-549, P-590
Alonso Morilla A.	O-896, P-922, P-1379	Álvarez García MA.	P-1516
Alonso Pino MV.	P-646, P-715, P-935, P-1064, P-1416	Álvarez González C.	P-1737
Alonso Porcel C.	A-433, A-1600, A-1634, A-1723, P-1449	Álvarez Grégori J.	P-534
Alonso Sánchez G.	A-1143, A-1146, A-1197, A-1710, P-325, P-711, P-942, P-1052, P-1055, P-1678, P-1796	Álvarez Hurtado A.	O-460, P-1897
Alonso Sánchez PF.	P-167	Álvarez López O.	P-302, P-700
Alonso Segurado I.	A-73, A-796, P-247, P-676	Álvarez Manzanares J.	A-1602, O-171, O-1296, P-297, P-884, P-900, P-903, P-915, P-919, P-929, P-931, P-933, P-988, P-1001, P-1092
Alonso Servi G.	P-973	Álvarez Monterroso M.	P-197, P-203, P-626, P-1442
Alonso Valle H.	A-1160, A-1165, A-1522, O-160, O-1315, P-254	Álvarez Nogueiro C.	P-291
Alonso Vega L.	P-682, P-1695	Álvarez Nozal I.	P-377, P-61, P-627, P-981
Alonso Viladot JR.	O-1642	Álvarez Pérez JM.	O-448, P-773, P-991, P-1322, P-1365
Alonso-Villalobos Ordóñez L.	A-77, P-38, P-1245	Álvarez Pérez M.	P-548, P-937
Alperi A.	A-1176	Álvarez Rabanal M.	P-1698, P-1478, P-1772, P-509
Alperi García A.	P-658	Álvarez Ramos MB.	A-1705
Alqueza A.	O-495	Álvarez Rodil L.	P-548, P-937
Alquezar Arbè A.	A-789		





ÍNDICE DE AUTORES

Álvarez Rodríguez E	P-1334	Andrés González MJ	P-289
Álvarez Rodríguez L	A-1723	Andrés Valero A	P-899, P-1730, P-1743
Álvarez Rodríguez V	O-1211, O-1214	Andreu Dalleres C.	A-835, P-1808
Álvarez Rubial E	O-98	Anduaga Aguirre MA	P-564, P-756
Álvarez Rubuelo O	O-166	Andueza Lillo J	P-555, P-1075
Álvarez Soto A	A-1168	Ángel Barba I	A-1583
Álvarez-Ossorio Cisneros S	A-1158, A-1199, A-1725, A-1861, P-957	Anglés Barbastro R	A-274
Álvaro Melero MO	P-254	Angosto Dionis MG.	P-320
Álvaro Ruiz C.	P-1763	Angulo Tabernero M	A-1846, P-728
Álvaro Sanz E	O-92	Anselmi González S	P-1670
Amado Diago C	A-1165	Ansorena de Lucio R	P-254, P-271
Amador Barciela L	P-1079	Antelo Lorenzo A	P-697
Amador Yáñez L	O-444	Antolín A	O-202, O-281, P-579
Amar Al-Lal K	P-320	Antolín Barrios E.	P-17, P-517, P-689
Amenós Alcaraz I	P-117	Antolín García T	P-1062
Amigo Angulo J	P-936	Antolín Sáez E	P-1251
Amigo Rodríguez J	P-348, P-367	Antolín Santaliestra A	O-194, O-195, O-497, O-875
Amodeo Arahál C.	P-1746	Antón B	A-1724, P-929
Amor Valero J.	P-1411, P-1697	Antón González B.	A-429, A-799, A-1178, A-1594, A-1708, P-900, P-1782
Amora Hernández R	A-837, A-1151, A-1603, P-1025	Antón González MB	P-707
Amores Fernández J	A-1282, P-1262	Antón Ladislao A	O-457, O-478, P-936, P-1350
Amorós Lucas N	P-423	Antón Martínez G.	P-1742
Anadón González M	P-586	Antuña Montes L	O-455
Andino López J.	A-1184, P-1048, P-1091	Aparicio Alonso R.	A-1849, P-1885
Andrade Barahona MM.	O-168	Aparicio Alonso RM	A-1529 A-1707, P-605, P-670, P-1062, P-1762
Andrade Soto M.	P-1069	Aparicio Borrego C.	A-1712, P-1020, P-1766
Andreescu Yagüe I	P-1910	Aparicio Sánchez J	P-212
Andrés Antolín I	A-1564, P-1496, P-1901	Aparicio Velazco J	P-930
Andrés Bergareche I	P-1108	Aquise Pino A.	P-666
Andrés Cerdón JF	P-604	Aragón J	P-410
Andrés Gómez M	A-1210, A-1839, A-1867, O-160, O-210, P-622, P-657, P-1016	Aragón Aragón T	A-1192, A-1193, A-1706, A-859, P-1085, P-1692, P-580
Andrés González A	P-723		





ÍNDICE DE AUTORES

Aragón Merino A	A-337, P-1081	Arcos González P.	O-375, O-382, O-385, P-397, P-399, P-402
Aragón Merino AM.	A-334, P-317, P-1108, P-1482, P-1821	Ardiaca Sánchez-Villacañas C	P-723, P-1424
Araluce Courballeé C	O-6	Ardila Soto A	A-1536, P-753, P-1446, P-1497
Arambarri Segura M.	P-1268	Arellano Cobos MB.	A-793, A-863
Arana Bravo A	A-844, A-1283, A-1588, A-1591, A-1837, A-1838, P-739, P-1218, P-1220, P-1299	Arenas Prat M	P-968, P-984
Arancegui U.	P-392	Arencibia Lantigua O	A-790
Arancibia Freixas I	A-1168	Arévalo Cañas C	A-1626
Aranda Aguilar F	A-341, A-431, O-370, P-215, P-393, P-525, P-561, P-1337	Arévalo Velasco A.	O-874, P-36
Aranda Colubi R.	A-803, P-593, P-647, P-718, P-772	Argudo Serra E.	P-389
Aranda García JF	P-1793	Arias Martínez EM	A-850, P-695
Aranda García Y	A-69, A-76, A-345, A-1173, A-1843, P-22, P-51, P-1008, P-1696	Arias Meneses C.	P-1685
Aranda Jiménez V.	P-705	Arias Rosario A	A-1716, P-484, P-1300, P-1394, P-1483
Aranda Lassa JM	P-1803	Arilla Albas AM	A-1616, P-1343
Aranda Torregrosa M	A-341, P-215, P-525, P-561, P-1337	Ariño Pérez de Zabalza I.	A-1840, P-620, P-995, P-1359, P-1380
Aranguren Arostegi A	P-920	Arizmendi Demay A	P-394
Araujo García T	P-317	Armada López AM	A-1607, P-686
Arboleja Álvarez LM.	A-433, A-1600, A-1723, A-1858, P-1449	Armas Castro J	O-1, O-453, O-883
Arcarazo Arrizabalga G	A-1542	Armas Zambrano D.	A-1840
Arcas Juan P.	A-1536, P-294	Armas Zurita R	P-1472
Arce A.	P-1703	Armentia Bardeci JM.	O-478
Arce Gómez I.	P-116	Arnaiz Alija J	A-1569
Arce Losa E	A-775	Arnáiz Arnáiz M.	P-115
Arce Segura L.	P-610, P-1060	Arnáiz Moreno N	O-104, P-132, P-259, P-437
Arce Segura LJ	A-1189, A-1575, A-1605, P-661, P-699, P-755, P-767, P-990, P-1111, P-1234, P-1249, P-1263, P-1398, P-1506	Arnau Bartes A.	O-374
Arceaga Sainz MR	O-886	Arnés González S.	P-663, P-1348
Arcega Sainz R	P-1764	Arostegui Madariaga I	P-980
Arciniega Salazar MB.	O-106, P-93, P-94, P-107, P-196, P-446, P-464, P-476, P-492, P-493, P-519	Arquero Castillo M	O-166
		Arranz Díaz MB	A-77
		Arranz García V.	A-1522
		Arredondo Frías E.	P-964
		Arribas Entrala B.	A-337, P-317, P-1081, P-1108, P-1821





ÍNDICE DE AUTORES

Arribas Montero I	P-322	Ayala Barroso I.	O-438, P-510, P-582, P-1752
Arribas Sánchez P.	A-836	Ayelo Navarro A	A-1538
Arriero Fernández N.	O-166	Ayestarán Masó A	A-336, A-1132, P-607, P-759, P-1093, P-1779
Arroyo Alejos F.	P-405, P-651, P-1653	Aylagas Martínez D	A-1906, O-381, P-1896
Arroyo Fernández FJ	A-1618, P-695	Aymerich Sánchez A.	A-784, A-824, P-331, P-662
Arroyo Jiménez M.	A-834, A-853, A-1179, P-701, P-1499	Ayo González M	O-883, P-31
Arroyo Pardo N	A-1536	Ayuela Azcárate JM	O-910, P-1089
Arroyo Toca B.	O-160	Ayuso Aragonés MT	P-606
Artiguez Terrazas R	P-417, P-1771	Azagra Calero A	A-1160, P-15, P-668, P-1002
Arza Alonso N	O-95, P-255	Azkuenaga Martín ME	O-95, P-255, P-268, P-282, P-383, P-421
Asenjo M.	O-202	Aznar Andrés E	A-810
Asenjo Romero M	O-195	Aznar Cantín S.	A-1163, O-439, P-52, P-179
Asensio Villanueva V.	P-25, P-674, P-1023, P-1032, P-1222	Aznarez Adelantado J.	A-831, A-1547, P-982, P-1086
Asiain Azcarate L	P-1065	B G I.	P-646
Assakale N	P-300, P-709, P-1252	Babín Contreras E.	P-1809
Astorgano de La Puente C	A-343, A-1528	Bacca Camacho S	O-888
Asturias Saiz A.	A-70, A-1160, A-1277, P-920, P-977, P-1248	Bachiller Luque P.	P-1092
Atienza Garrido I	P-498, P-566, P-675, P-763, P-1676	Badallo Arévalo O	O-910, P-1089
Atienza Mateo B.	A-1165	Báez Pimentel V	A-1716, P-484, P-1300, P-1394, P-1483
Attardo F	P-943, P-993, P-997, P-1336, P-1457, P-1768	Baeza Galdón I	A-1609
Aubert CH	P-650	Baeza Mirete M	P-89, P-1649
Avellana M	O-471	Bagase V	O-897
Avellana Gallán M	P-562	Baguer Bascuas A.	P-923
Avellaner Lacal P	P-129, P-1774	Bailo Castilla P.	O-104, P-132, P-437
Ávila L.	P-406	Bailon Olivares R	O-448
Avila Alcivar I.	P-30, P-566	Baixauli Bonet M	A-834, A-853, A-1179, P-701, P-1499
Ávila Fernández L	P-237	Bajo Bajo AA	P-1635, P-1640
Ávila Moreno R.	P-552	Balán Mariño A	P-323
Ávila Naranjo M.	A-1161	Balbas Brígido N	A-856, A-1853, P-318, P-326
Avilés Aguilar E	A-1849	Baldaquí Planelles J.	A-872
Avilés de Melchor E.	P-1405, P-1824, P-1831	Baldaquí Sala JM	A-872





ÍNDICE DE AUTORES

Baldeón Cuenca KP	A-1572, P-1472	Barreiro López J	O-372
Baldissera Aradas JV	P-64	Barreiro López J	O-376
Ballester Zaplana JA	P-999	Barreiro López JBL	P-389
Ballester Merino M	P-1292	Barrenetxea Larrinaga G	P-1444
Ballesteros Sánchez C	O-156	Barrero Muñoz V	P-236
Bande Fernández JJ	P-1403	Barrio Beraza I	P-980
Banegas Masiá N	A-1534	Barrós González R	A-775, P-1112, P-1485
Bañares Agustín JA	O-477, P-223	Barroso Castaño P	O-204
Baño I	O-290	Barroso Recasens C	A-1156
Bañó Alba I	O-883, O-912, P-234	Bartolomé Martínez MJ	O-1727, P-365
Bañuelos Peña P	P-12, P-27	Barzallo Álvarez LE	P-705, P-1006
Baptista Ferreira OA	P-1406	Basagoiti Salazar L	A-870, A-1608, A-1864, P-296, P-367
Baquer Sahún CA	A-1273, O-1216, P-1011, P-1232, P-1344	Basantes Acurio CF	A-1845
Baraldés A	O-206	Bastarós Bretos M	P-468
Barberá Gómez A	O-104	Batalla Sardá A	P-108
Barbera Salom M	P-249, P-523, P-1459	Bataller de La Cruz P	P-718
Barbero Bajo S	A-77	Batlle Pérez M	O-512
Barbero Barbero P	P-943, P-993, P-997, P-1336, P-1457, P-1768, P-1787	Bausela Municio L	P-133
Barbero García C	A-1534	Bauset Navarro JL	A-1203, A-1208
Barbero Yágüez J	P-112, P-118	Bautista Encarnación D	O-491
Barbudo Merino JJ	P-667	Bautista Hernández A	P-1050
Barceló López A	P-1392	Bayod Mir MT	O-1302
Barcones Molero MF	A-1155, O-471, P-562	Bazó Canelón C	O-435
Barcons Pujol M	P-1261	Becerra Mayor MM	A-1582, A-1842, P-891, P-1433, P-1773
Bardés Robles I	O-458, O-503	Becerra Mayor V	A-1582, A-1842, P-1433, P-1773
Barea Aleixandre J	P-751	Beddar Chaib F	A-1118
Barea Mañas J	P-301	Bedeschi Bedeschi E	A-1170, P-1429
Barneto Valero MC	O-472, O-491, P-33	Beijinho Do Rosario RF	A-1159
Barón Rubio M	A-1565	Béjar Álvarez Y	P-179
Barragán Flores V	P-989	Béjar Delgado A	P-1691
Barral Juez I	A-78	Bejarano Redondo G	P-606, P-1468
Barraza Aguirre ED	A-1203	Belinchón de Diego E	A-812, P-1777





ÍNDICE DE AUTORES

Bellido Alba R	P-1243	Bergaz Díez H	A-1534, O-171, O-173, P-884, P-903, P-946, P-973
Bellido Pastrana E	A-1142, A-1206, A-1597, A-1871, P-603	Berlango Jiménez A	P-1290
Bellido Salvatier Al	A-864, P-481	Bermejo Boixareu C	O-200, O-279, P-1319
Bellón López B	P-1777	Bernabeu Wittel M	P-640
Bellón Vallinot S	P-553, P-996	Bernad Barcos M	A-1548
Belmar Vega L	P-688	Bernal C	P-1308
Belotto Fernández J	P-1662	Bernal Hinojosa A.	A-1574, P-1384, P-1393, P-1494, P-720
Beltrán Rubio I	P-1078, P-239	Bernal Hinojosa MA	A-839, P-1073, P-1259
Belzunegui T.	P-1734, P-530	Bernal Martínez L	P-1230, P-1231
Belzunegui Otano T.	O-1735	Bernal Miguel F	P-316
Benavent MT	P-1114	Bernal Rosique A	P-1005
Benavent G	P-420	Bernal Rosique D	A-1133
Benavent Ordiñana F	P-624	Bernal Rosique MS	A-1717
Benavides Monje A.	P-539	Bernard Cáceres Z	P-1659
Bendek Quevedo L	P-648, P-765	Bernard De Casco Z	P-1066, P-1238
Benedito Roses M	P-1671	Bernárdez Gómez X	O-155
Benéit Montesinos JV	O-491	Bernat G	O-202
Beneítez Bartolomé S.	A-1604	Bernat Calvo G.	O-194
Benéitez Vaquero J	O-96	Berned Sabater M.	P-923
Benítez Alonso P.	P-1827	Berriozabal Díaz L	P-1345
Benítez Moreno S	A-1156	Berrosapi Melgarejo JM.	P-8, P-31, P-66, P-1409, P-1769
Benítez Nieblas A.	P-8	Berruete Gómez B.	P-655
Benito del Río MB	A-1866	Bertos Pérez I	A-1871
Benito García MA.	P-278	Beteta López A	P-927
Benito Justel A	O-477, P-1647, P-223	Beteta Moya J.	A-1169, A-1526, A-1556, A-1585, A-1620, A-1844, A-1856, A-782, A-785, A-825, A-849, P-588, P-628, P-660
Benito Lozano M.	P-1750, P-293	Bibiano Guillén C	A-1139, A-1614, P-1014, P-1241, P-1361, P-1820, P-740
Benito Martínez R	P-1305, P-1318	Bikuña Madrid G	O-95
Benito Pasamontes B	P-1730, P-1736, P-700, P-880, P-899, P-953	Bischofberger Valdés C	P-294, P-298
Benito Vales S.	P-1890, P-523	Blanca Segura M	A-1586, A-848, P-308, P-716, P-976
Bennici MJ	O-287	Blanco Alvarado V	P-1344, P-1370
Bentio Lozano M.	P-228		
Berbel Castro J	P-183		





ÍNDICE DE AUTORES

Blanco Barcenilla T	P-1667, P-523	Bonet Suñé L.	P-360
Blanco de La Rubí MJ	P-685	Bonilla Alonso FJ.	P-1365
Blanco Domínguez A.	O-489	Bonilla Alonso J	A-1175, P-42
Blanco Echevarría A	A-1626	Bonilla Fradín JB	P-34, P-417
Blanco Fonseca AI	P-139	Bonilla Redondo P.	P-419
Blanco Fuentes U	A-777, A-860, P-1694, P-655	Bordell Sánchez A	P-1312, P-559
Blanco García A.	A-1610, A-1631, A-1839, A-1867, A-826, P-1514, P-16, P-1909, P-1911, P-657	Borja Díaz M	A-815, P-949, P-1116
Blanco Gómez A	P-222	Borja Padilla J	A-341, A-431, O-370, O-511, P-1337, P-215, P-393, P-525, P-561
Blanco Jarava A	P-927	Borobia Pérez AM	O-1211, O-1214
Blanco Lapeña P	A-1286, A-777, A-860, P-1694, P-655, P-743, P-744, P-745	Borrás Beltrán M.	A-1140
Blanco Lara A.	P-403, P-413	Borràs Pallí G.	P-295
Blanco López ML.	O-211	Borraz Espejo B	P-1411
Blanco Márquez E	O-1298, O-1306	Borraz Ordás C	O-447
Blanco Portillo A	A-1129, P-1250, P-1454	Borreguero Guerrero E	P-1260
Blanco Sío S.	P-1079	Borrella Romero A.	P-108
Blanes Jacquart D	P-231	Borruel Nacenta S.	P-1061
Blasco Alquézar D	P-1081	Boscá Crespo AR	P-1826
Blasco Esquivias I	O-913, P-46	Bosque Lorente P.	P-227
Blasco Pardos M.	P-1378	Botello García C.	A-149, P-1083, P-128, P-1487, P-541
Blasco Pérez A	P-1810	Bóveda García M.	A-862, A-867, P-1333
Blázquez J	P-590	Bóveda Lorenzo M	P-1661
Blázquez L.	P-1308	Box Bobo M.	A-1866
Blázquez Andion M	O-1302	Bragulat Baur E.	O-194, O-195, O-281, P-579
Blázquez Díaz J	A-83	Branchat Martínez I.	P-384
Blázquez González L	A-809, A-858, P-1070, P-1237, P-1417	Brantuas Calvo F.	P-1360
Boado Lama J.	P-1040, P-737, P-773	Braña Cardeñosa AF.	O-169, P-51
Bohórquez Batlle S	A-1616	Brasó Aznar JV.	P-1333
Boksan M.	A-1567, A-1572, A-1841, P-1472, P-1898, P-1903	Bravo García P.	O-353, P-357
Bolaños Guedes J	P-231	Bravo Martín N	P-231
Bolo Huéscar R.	P-1114, P-420	Bravo Rodríguez-Barbero J.	P-613
		Bravo Serrano B	P-1655
		Bravo Tejedor I	P-108





ÍNDICE DE AUTORES

Bretón Arranz ML	P-56, P-65	Cabezas Moreno A.	O-351
Briega Iglesias C.	P-179, P-52	Cabezón Crespo A.	A-1569, A-1583, A-1625, O-158, P-636
Broncano González M	P-1364	Cabistany Esqué AC	P-174, P-219, P-226
Brosed Yuste C	P-236	Cabo López A	P-1812
Brouzet B.	P-54, P-918	Cabrera Gómez S.	P-134, P-135, P-144, P-654, P-99
Brugué Fontàs G	A-1726, P-1764	Cabrera González N	A-1136
Buceta Picasso Martínez ML	P-592	Cabrera Jaime S.	O-204, P-238
Bueno Álvarez AJ	P-1338, P-920	Cabrera Martínez M.	A-1855, P-1101, P-1399
Bueno Claros D	A-1164, P-1036	Cabrera Martínez MC.	A-1842, P-1773
Bueno Mariscal C	O-449, P-43, P-44, P-45, P-330, P-1643	Cabrera Miranda F.	P-187, P-189
Bueno Mariscal JL	P-649	Cabrera Ramírez L	A-1136
Bueno Pozo I	P-681	Cabrera Sevilla JE.	A-1572, P-1472
Bufoñ Galiana A	P-602, P-986, P-1895	Cabrero Pascual L.	A-1145
Bufoñ Jiménez M	P-1024, P-1895, P-602, P-611, P-652, P-986	Cabrero Rodríguez	P-363
Buitrón Cabrera DG	A-1163, P-998	Cáceres Murillo B.	A-1127, A-1172, A-1286, A-1554, P-1490, P-1503, P-743, P-744, P-745
Burgos Merchán M	A-1852	Cáceres Zúñiga PR	P-757
Burillo Putze G	P-1636, P-228, P-288, P-292, P-293	Cacho Vergara C	A-790
Burrahay Anano Hach-Drís K	P-316	Cadena Herrán XP	P-548
Burzaco Sánchez A.	P-508	Calado Moro FJ	O-875
Bustamante Mandrión J	P-40	Calahorra Gázquez L	P-63
Bustamante Marcos P	P-377, P-61, P-627, P-981	Calderón Cedeño X	P-534
Bustamante Sánchez G	P-41, P-989	Calderón Frapolli L	P-57
Bustelo Gómez I	P-1416	Calderón González S	O-440
C P J	P-395	Calderon Minier K	P-1066, P-1238, P-1659
Caballero García A	O-511, P-1854	Calderón Moreno FJ	A-335, P-770
Caballero García F.	P-246	Calderón Rodríguez C.	P-1737
Caballero Ortega J	P-363	Caldevilla Bernardo E	P-121, P-261
Caballero Requejo C.	P-242, P-537	Calero Bernal ML	P-640
Caballos Villar D	P-412	Calerorojas MT.	P-10
Cabello Zamora I	O-458	Callado Moro F	P-1076, P-1684, P-42, P-730
Cabero Martínez A.	P-941, P-1369	Callado Moro FJ.	P-1322, P-1365
Cabezas Amurgos A.	P-484, P-1223, P-1327, P-1670		





ÍNDICE DE AUTORES

Callado Pérez A	P-1684, P-1684	Campos Olivé N.	P-584, P-726, P-1786
Calle Domínguez C.	P-108	Campos Ruiz B.	A-1625, P-1383, P-1448, P-1467, P-545, P-636
Callejas Gil I	P-1108	Camps Roca A	A-841
Callejo Pérez P.	O-1296	Campuzano Juárez IK	A-1724
Callero Duarte L	P-643	Camuña Salido AR	P-309, P-554, P-556, P-1351
Calonge Loro P.	A-829	Canabal Berlanga R	P-1896
Calpe Perarnau X	O-1648	Canales Cañas O	P-1637
Calvache Arranz R	A-1144	Canales Corcho I	O-472
Calvin García ME	P-606	Canales de Andrade NB	O-168
Calvo E	P-535	Cancelliere Fernández N.	P-163
Calvo Argüello S.	A-1857, P-407	Candel FJ.	O-479
Calvo Bonachera J	A-1133	Canellas Sánchez P.	A-802
Calvo Espinosa C	P-347	Canet Fajas C	A-847, P-1439, P-1756, P-531
Calvo García AM	P-411, P-414	Canet Maldonado M.	A-1168
Calvo García M	P-685	Caniego Rodrigo C.	P-33
Calvo Rodríguez R	P-1375, P-1376	Cano E	A-1176
Calvo Sardon S	O-466, A-1604, P-1686, P-465, P-764	Cano Alcaide L.	A-1139, A-780, A-865, P-1820, A-1159, P-1464, P-641
Calzas del Pino I.	P-661	Cano Bernal CM.	A-809, A-858, P-1070, P-1237, P-424
Cámara Cabrera J	O-1744	Cano Cabo E	P-551
Cámara Cascales E.	P-271	Cano Cabo EM	A-79, O-469, P-1030, P-1105, P-1109, P-1257, P-766, P-922
Cámara Rojo G	P-400	Cano Cabo ME	P-1266, P-1669
Camarero Díez VI.	A-816	Cano Conesa G	P-1417, P-948
Cambero Flores MI	A-149, P-1083, P-128, P-1487, P-541	Cano Fernández J.	P-1650
Camero Macías JM	A-1131, A-794, P-1693, P-18, P-577, P-640, P-987	Cano Fernández JA.	P-445
Camón S	P-911, P-916	Cano García J	A-1574, A-839, P-1073, P-1384, P-1393, P-720
Camón Iglesias F	P-949, P-1116	Cano Langreo M.	P-40
Campanario León A	A-784, A-824, P-331	Cano Massa J.	P-187, P-189
Campillo Blázquez E	P-263	Cano Muñoz FJ	P-419
Campillo Palma F	P-1070	Cano Pazos M	A-1178
Campo Alegría L.	P-643	Cano Rodríguez T.	O-277
Campos Caubet L	P-1484, P-680, P-769	Cánovas Martínez C.	P-187, P-189
Campos Fernández S	P-1369, P-941		





ÍNDICE DE AUTORES

Cantera López C.	P-1312, P-559	Cárdaba García RM.	P-257, P-266, P-467
Cantero Sandoval A.	A-788, A-1533, P-25, P-207, P-225, P-299, P-637, P-674, P-698, P-706, P-1023, P-1032, P-1222, P-1230, P-1231, P-1451	Cardenal Falcón M.	P-312, P-1077, P-1400
Cantín Golet A.	P-232, P-531	Cárdenas L.	O-883
Canto Blázquez V.	O-290	Cárdenas Antón M.	A-1530, A-1169, A-1280, A-1526, A-782, P-1227, P-628, P-660
Cantoral González R.	A-1720	Cárdenas Bravo L.	P-31
Cañada Cámara E.	A-1841, P-1491	Cárdenas Bravo LE.	P-1409, P-1769, P-66, P-8
Cañada Espinosa C.	A-1281	Cárdenas Cruz M.	A-1611
Cañas Barranco A.	A-1147, A-1202, A-807, P-1644, P-1754, P-950	Cárdenas Isasi MJ.	P-1420
Cañas Barranco MA.	A-1875, P-1811	Cárdenas Ramos MD.	P-909
Cañero Criado J.	A-1278, A-836, P-1391, P-1826	Cardeña Gutiérrez A.	A-1599, P-996
Cañizares Romero JM.	P-1019	Cardeñosa Cortés MJ.	A-1118, P-687, P-732
Cañizares Sánchez I.	A-1868, A-1873, P-1041, P-1789	Cardona García E.	A-827, P-11, P-1309, P-596, P-771
Caño Hortonedá M.	P-1095	Cardona Pelaez A.	A-774
Cañón Díaz F.	P-484	Cardos Fernández R.	P-258
Capdevila Morel JA.	P-938	Carey Doblas E.	A-794
Capilla Pueyo R.	O-200, O-279, P-1319	Carlavilla Martínez AB.	P-1061, P-1072
Capon Álvarez J.	A-1874, P-1443	Carlos González MP.	A-1141, A-1184, A-1561, A-1633, P-1113, P-1338, P-621, P-768, P-958
Capote Galindo A.	P-681	Carlos González P.	P-713
Capriles Selle FG.	O-2, P-182	Carmona Bas MM.	P-564
Cara Ligeró CF.	A-1153, A-857	Caro Martínez N.	P-1442
Cara Martín J.	P-1084	Caro Vázquez E.	A-1278, A-1282, A-836, P-1247, P-1391, P-1788, P-1826, P-1895, P-597, P-602, P-611, P-652, P-986
Carabias Centeno L.	A-1852, P-1514, P-902	Carpén Zafilla M.	P-710
Carbajal Tinoco S.	P-16	Carpio Fernández J.	A-774
Carbajo Martín L.	A-1192, A-1193, A-1706, A-859, P-1085, P-1692	Carramiñana López E.	P-17
Carbajosa Rodríguez V.	A-1604, O-466, P-465, P-659, P-764, P-929	Carranza E.	A-153
Carballo Cardona C.	P-1758	Carrasco Gutiérrez V.	P-1341, P-673
Carbó de Puig P.	P-295	Carrasco Sánchez M.	A-1181, P-1099, P-1445, P-1453
Carbonell M.	O-206	Carrasco Sánchez MM.	A-855, P-1103, P-1662
Carcavilla Ardaiz I.	P-141, P-136	Carrasco Vidoz C.	P-1060, P-1111, P-1249, P-755, P-767
Cárdaba García I.	P-266, P-467		





ÍNDICE DE AUTORES

Carrasco Vidoz CC.	A-1189, A-1575, P-1506, P-630, P-760	Casarramona Lobera F	A-1562, O-877, O-888, P-26, P-117, P-575, P-909, P-938, P-1235
Carrasco Yubero J.	O-373	Casas García I.	O-878
Carratalá Ballesta A	A-806	Casas Temprano A	O-512, P-33
Carratalá Perales JM.	P-918	Casas Vidal N	P-91
Carreño Aroca E.	A-846, P-1438, P-999	Cascales Sánchez M.	P-224
Carreño Tormo P.	P-1884	Casillas Viera Y	A-1117
Carrera Ortiz JM	A-1164, P-1036	Castán Lagrava M	A-1203, A-1208, P-416, P-1240, P-1518, P-1776
Carreres Molas A	O-878, O-901	Castán Ruiz S.	P-232
Carretero Matas M	P-1658, P-1664, P-1680, P-1690, P-954	Castany Pich J	P-264, P-324, P-423
Carrillo Acosta I	P-231	Castañeda Sánchez J	P-630
Carrillo Fernández-Paredes P	P-1409, P-1769, P-8	Castaño García FH	A-1870
Carrio Esteve R.	P-1367	Castaño Palacios AM	P-134, P-135, P-144, P-654, P-99
Carrio Hevia MR.	A-1847	Castelán Domínguez JA.	A-1609
Carrión Pleguezuelos B	O-372	Castell Benito D	P-1021
Carro García V	P-1340, P-1790	Castella Monforte L	P-1639
Carro García MV	P-1098	Castellanos Flórez R	A-1571, A-1602, P-1478, P-1698, P-1808, P-574, P-900, P-988
Cartagena Pérez Y	P-1518	Castellanos Flórez RM.	P-509, P-702
Carvajal Álvarez M.	A-1125	Castellví Sainz S.	P-1650
Casabon Salas J	O-507, P-506	Castillo Y	P-406
Casaca Soares C	O-448	Castillo Aznar J	A-1157
Casadevall Castella J	O-216, O-374	Castillo Castro IA	A-1845
Casado de Andrés S	A-1708, P-764	Castillo González Y	P-237, P-483
Casado Flórez I	O-1733	Castillo Jiménez P	A-1557, A-1715, P-1504, P-270
Casado Flórez MI	O-90, O-368, O-387, O-472, P-386, P-400	Castillo Navarro AM.	A-337
Casado Remesal R	A-1707, P-1476, P-670	Castillo Rubio R	O-887, P-1459
Casado Verrier E	A-1908	Castillo Ruiz de Apodaca MC	O-1646, O-1732, O-198, O-351, O-369, P-359, P-390, P-400, P-520
Casal Calvo A	A-1160, A-1277, A-1633, A-70, P-1248, P-1794, P-977	Castillo Trujillo M	A-1138, A-1200
Casal Codesido JR	A-1174, A-1525, P-648, P-765, P-891	Castillo Trujillo MI	O-875
Casamitjana Claramunt JF	P-1235	Castrillo FJ	P-1681
Casanueva Gutiérrez M.	O-442, P-1328	Castrillo Espinosa N	O-156





ÍNDICE DE AUTORES

Castrillo Quiñones FJ	A-1183, A-1529, P-499, P-738, P-1022, P-1432, P-1672, P-1824, P-1885	Cepeda Blanco JL	A-1141, A-1160, A-1277, A-1633, P-1113, P-1248, P-1338, P-1794, P-621, P-977
Castro Arias L.	A-1612	Cerdeira Varela JC	O-104, P-483
Castro Arias ML	P-1061, P-690	Cerezo Espinosa C	A-1841, P-1491, P-1884
Castro Bohórquez FJ	O-444	Cerezo Rossel M.	P-756
Castro Burgo G	P-199	Cervantes García C	P-299
Castro Carreras JP	P-33	Cervera R	P-1015
Castro Delgado R	O-375, O-382, O-385, P-397, P-399, P-402	Cestafe Aja E	P-1305, P-1318, P-63
Castro Dios DJ	O-97	Chacón Caso P.	A-1144, P-1339
Castro García JM	P-646	Chacón Huertas J	P-1412
Castro García M.	P-1416	Chacon Testor P	P-547, A-811, P-1434
Castro Giménez JA	P-1290	Chamali del Pino S	P-1809
Castro Iglesias N	P-1251	Chamali Pino A	P-586
Castro Jiménez V	O-1311	Chamali Pino S.	P-1434
Castro Montero P	P-580	Chamocho López M	A-1192
Castro Portillo L.	P-666	Chaparro Pardo D	O-6, O-436, P-40, P-55, P-56, P-65, P-687 P-1316, P-1819
Castro Torres F	P-1069	Chapinal Pablo A	P-263
Castro Villamor MA.	P-1647	Charro Alonso S.	A-1570, O-442, P-1368, P-1422, P-1783, P-708, P-928
Catalán Ladrón ML	A-1718, P-1827	Chávez Flores RC	P-1483
Catalán Martín PM	A-1626	Chedayeb Morán J	A-67, A-77, A-1857, A-1876, P-21, P-23, P-38, P-181, P-407, P-557, P-563, P-1245
Caurel Sastre Z.	P-1312, P-559	Cherino Talens A.	A-1132, O-887, P-1093, P-607
Cazorla Calderón S	P-256	Chiluiza Reyes DP.	P-1027
Cazorla López S.	P-175	Chimeno García J.	P-567, P-721
Cazorla Méndez A	P-1032, P-25	Chinea Correa MN.	P-1763
Cazorla Rodrigo A	P-1455, P-1767	Chipana Salinas MR	A-1616
Ceballos Pérez B.	A-1592, P-1352	Chordà Sánchez M.	A-1726
Cebrián Ruiz I	P-931, A-835, P-509	Chumpitaz Capcha VV	A-1130, P-1340
Celada Roldán C	P-978, P-29, P-614	Ciardo P	P-1226
Celdrán Gil F	P-190	Cid Cumplido M.	P-230
Celorrio San Miguel M	A-67, P-1699, P-181, P-21, P-23, P-557	Cid Fernández A	A-1127, A-1172, P-743, P-744, P-745, P-1490
Cenjor R	O-1310, O-290		
Cenjor Martín R	A-79, O-469, O-896, P-1030, P-1105, P-1109, P-1257, P-766, P-922		





ÍNDICE DE AUTORES

Cillero Rodríguez MM.	A-1185, A-1546, A-1549, P-1342, P-1440, P-1498	Coll Torres E.	P-403, P-413
Cinesi Gómez C.	O-893, O-905, O-906, P-1213, P-1215, P-1883, P-1886, P-488, P-528, P-889, P-895, P-907	Coll-Vinent i Puig B.	O-440
Cirera Lorenzo I.	O-1648, O-211, O-441	Collado Suárez R.	A-1627
Cisterna Cáncer R.	P-508	Colmenero Hernández M.	P-1364
Clar Bononad J.	A-862, A-867, P-1333	Colón Liriano LV.	A-1704, A-802, P-252
Claramonte de la Viuda M.	P-587	Comabella Pobes R.	O-204, P-213, P-238, P-238
Claver Buesa M.	A-1840	Comas Torres M.	A-1862, P-180, P-86
Clemente Callejo C.	O-1306, O-1313, P-1307, P-1665, P-501, P-687	Comellas Cruzado S.	P-312
Clemente da Silva SF.	A-1149, A-1589, P-296, P-1444	Comino García A.	P-1041
Clemente Murcia M.	P-245	Comino García AM.	A-850, A-1868, A-1873, P-59, P-1013, P-1668, P-1789, P-1792, P-1813
Clemente Rodríguez C.	O-1648	Company Ferrán M.	A-275, O-276
Clemente Rubio M.	A-1629	Concejero Ballester A.	P-361
Clemente Sarasa C.	P-1108	Concejero Ballester MA.	O-352
Clemente Vallejo C.	O-463	Concha Jarava JM.	P-1397
Clemente Yélamos M.	A-778, P-1510, P-731	Condado Gómez N.	P-596
Clotet Vidal S.	P-1261	Condado Gómez NC.	O-513
Cobelo López M.	P-1360	Conde Campayo G.	P-759
Cobo E.	P-1508	Condon Abanto AI.	P-923
Cobo ME.	P-14	Conejero Deltell A.	P-1087, P-1332, P-1520, P-58
Cobo García E.	A-338, P-1363, P-1367, P-1413, P-1460, P-1479, P-639, P-645, P-688, P-712, P-761, P-992	Conesa Espejo MJ.	A-1567, A-1572, A-1573, P-1472, P-1473, P-1898, P-1903
Cobo Muñoz JE.	A-1585, A-1620, A-1844, A-774, A-830, A-849, A-861, P-1354, P-588, P-644	Conesa Hernández A.	P-258, P-8
Cobo Ruiz MA.	P-1685	Conesa Nicolás M.	P-1240, P-1518, P-416
Cobos Briz M.	A-1166	Constenla Ramos SH.	P-1375, P-1376, P-1397
Colera López A.	A-1281, A-344	Contento Gonzalo A.	A-1582, P-1433
Colina Torralva J.	O-155	Contreras S.	P-928
Colinas Fernández L.	P-1004	Contreras Lovera I.	A-1161
Coll Bas B.	P-1338	Contreras Mercado NI.	P-1483
Coll Clavero J.	A-274	Contreras Murillo E.	P-1050, P-1095, P-1402
		Corada Molina E.	O-887, P-1093, P-1779
		Corbacho Cambero I.	A-1182, A-1850, P-1349, P-1401, P-1893, P-638, P-691, P-955
		Corbaco Cambero I.	P-1645





ÍNDICE DE AUTORES

Corbi Pino Bl	P-316, P-320, P-697, P-1404	Corres González J	P-14, P-7
Corbi Sierra AM	P-320	Corro Madrazo P	P-1695, P-682
Corcia Palomo Y.	A-1204	Cortés Company S	A-1615, P-634, P-663, P-1348
Córcoles M	O-893	Cortés Gracia M.	P-110
Córcoles Vergara M	A-1154, A-1568, A-801, O-904, O-905, O-906, P-1213, P-1215, P-1387, P-1417, P-424, P-885, P-889, P-895, P-907	Cortés Salgado A	P-1520
Cordero Cervantes M	A-79, O-469, P-1030, P-1105, P-1109, P-1257, P-1266, P-1669, P-766, P-922	Cortés Virtus E	P-1345
Cordero Guevara J	O-158	Corton Corral L.	A-83, P-590
Córdoba Alonso A	A-338, P-639, P-645, P-712, P-761, P-941, P-992, P-1363, P-1413, P-1460, P-1479, P-1508	Corullon Fernández MJ	A-1528
Córdoba Gabarrón J.	P-1025	Coss CL	A-784
Córdoba Romero A.	A-1178, A-1708, A-429	Cossío Díaz H	O-198
Cordón Bueno C.	P-1764	Costa Alba P	A-1190, A-1198, A-1587, P-1317, P-1435
Cordovilla Moreno A.	A-1137, P-1663, P-1675, P-1805, P-29, P-633, P-978	Costa Alcaraz AM	P-1333
Cordovilla Moreno AJ	A-1572, P-1472	Costa Antúnez MJ.	P-201
Cordovilla Moreno AM	A-818, P-1068, P-1297, P-1830, P-1889, P-609, P-614	Cotan Barbadillo A.	P-939
Corea Ruiz T	A-1860	Cotillas García L.	A-1178, A-1594, A-1708, A-429, P-707
Cornago Guerrero L	P-1406	Cotofana R.	A-1540, A-1713, P-1303, P-1314, P-1331
Cornejo Yanez O	A-1835	Coutinho AJ	A-1174
Corral Fernández E	A-82	Cozar López G.	P-87
Corral Sánchez A	P-613	Cozcolluela Cabrejas MR	P-1757
Corral Torres E	O-1733, O-368, O-387, O-472, P-386	Cramp Vinaixa M.	P-1260, P-923
Corraleño Iñarra P	P-418	Crespo Díaz P	P-1065
Corrales Álvarez I.	P-1019	Crespo Giménez A	A-1270, A-1527, A-1621, P-1038, P-1469, P-1809
Corrales Arroyo MJ	A-819	Crespo Hualde E.	P-1484, P-680, P-769
Correa Rosales I	A-1842, O-890, P-1773	Crespo Martínez A	P-670
Correa Rosales MI	A-1150, A-1558, A-1709, A-74, P-1096, P-1687, P-576, P-600, P-669	Crespo Martínez Al.	P-567
Correoso Pardo C.	P-1006	Crespo Martínez C	A-1190, O-874, P-1401, P-691
Corres J	O-5	Crespo Moreno R	P-1896
		Criado Rubio T.	A-788
		Cristóbal Bilbao R.	A-816
		Cristobo Sáinz P.	P-18
		Cruz Alcaide AB.	P-1375, P-1376
		Cruz Diek C	A-843





ÍNDICE DE AUTORES

Cruz Dunne N	A-1522	Cueto Bueno I.	P-417
Cruz García S	A-431, O-370, O-511	Cueto Bueno RI.	P-34
Cruz Guzmán Y	P-1012	Cuetos Suárez D.	A-1523, O-435, P-1355
Cruz Novoa R	P-771	Cuevas-Mons Tejedor M.	A-339
Cruzado Quevedo J	O-879	Culpían Arias E	A-1153, A-857, P-1452, P-1799, P-631
Cruzado Quevedo JA	P-258	Cuñado Cerro R	P-109, P-235, P-268, P-282, P-383, P-391, P-421
Cuadra Giménez P . . .	A-1551, P-174, P-1797, P-219, P-226	D C R	P-675
Cuadra San Miguel R . . .	A-1174, A-1525, A-1528, A-1874, A-343, P-1443, P-1686	D P F	P-650
Cuadrado Blanco I	P-1317	Darias Acosta A	P-288, P-292
Cuadrado Blanco IJ.	A-1198, A-1587, P-1435, P-1635, P-1640, P-1645	Darío García R.	P-39
Cuadrado Fernández M	A-1879, P-1061, P-1072	Dastis Arias M	O-503
Cuadras Bassa G	O-155	Dávila Martiarena A	P-55
Cuadros Hueta M	A-427, P-123, P-1377	Daza López M	O-888
Cuartas Álvarez T	O-382, P-402	Daza Pozo S	P-1463, P-756, P-972
Cuartero Cuenca B	P-1474	de Andrés Loste S	P-627
Cubillo Durán E	P-1069	de Azúa Jiménez M	A-847, P-560
Cuccolini L	O-286	de Blas de Blas AA	O-472, P-33
Cuéllar Pérez-Ávila C.	P-947	de Capadocia Rosell J.	A-82
Cuenca Caballero FP.	P-694, P-944	de Castro Santos E	P-709
Cuenca Orts P . . .	A-1719, A-838, P-1225, P-1264, P-1378, P-1389, P-581	de Dios Armenteros I	P-240
Cuenca Sandoval I	P-25	de Dios Ruiz C	P-625
Cuenca Torres M.	A-842, P-1034, P-1057, P-618	de Eguía Mocoroa E	P-1505
Cuenca Valero C	A-342, A-843	de Elías Hernández R	O-368
Cuervas-Mons Tejedor M	P-322	de Francisco Andrés S.	P-1090, P-1699, P-1893, P-23, P-38
Cuervo Martín JR	P-724	de Frutos Hernando EM.	P-411, P-414
Cuervo Pinto R	A-1118, O-1294, O-436, O-459, O-463, P-1316, P-1778, P-1819, P-451, P-56, P-65, P-732, P-87	de Giorgi A	A-1862, P-1015, P-180, P-86, P-983
Cuesta L.	P-1062	de la Cámara de las Heras JM.	A-842
Cuesta Rodríguez P. . .	P-1368, P-1751, P-306, P-601, P-708	de la Casa Resino C	A-1843, A-69, A-76, O-169, O-1738, P-1027, P-51
Cuesta Rodríguez-Torices MM.	A-333	de la Cruz Cosme C	P-1259, P-951
Cueto Bravo L.	P-1475	de la Cruz Couto I	A-1127, A-1172, A-1286, A-1554, P-1490, P-1503, P-743, P-744, P-745
		de la Cruz García M.	P-462





ÍNDICE DE AUTORES

de la Cruz Seris-Granier C.	A-1597	del Arco Galán C.	O-1211, O-1214, P-1050, P-1095, P-1402, P-1420, P-578, P-583, P-947, P-979
de la Fuente García-Soto M.	O-104, P-132, P-437	del Campo Miñes A.	P-250
de la Fuente Laso P.	P-1516	del Cañizo Canto J.	A-1139, A-1614, A-780, A-865, P-1014, P-1241, P-1361, P-1464, P-1820, P-641
de la Hoz Carracedo V.	A-1181, A-855, P-1099, P-1103, P-1445, P-1453, P-1662	del Hoyo Peláez E.	P-1356, P-517, P-689
de La Iglesia Manso EM.	P-544	del Moral Jiménez JA.	P-355
de la Rosa Camejo JA.	P-244	del Olmo Morales M.	O-106, P-107, P-196, P-446, P-464, P-476, P-492, P-493, P-519, P-93, P-94
de la Torre Ferreira N.	P-773	del Olmo Sánchez K.	A-1569
de la Torre Martí H.	A-1550, O-279, P-1239, P-1319	del Pino Valverde P.	P-1351, P-309, P-554
de la Torre Olivares M.	A-1834, A-846, P-1438, P-1825, P-571	del Pozo Peláez G.	P-650
de la Torre Olivares MM.	A-1146, P-443, P-456, P-500, P-656	del Pozo Vega C.	P-1323, P-557
de la Villa Zamora B.	O-893, O-904, O-905, O-906, P-1213, P-1215, P-885, P-889, P-895, P-907	del Pozo Vegas C.	A-1857, A-1876, A-67, A-77, O-171, O-173, O-452, P-1699, P-181, P-1810, P-1897, P-21, P-23, P-257, P-407, P-563, P-741
de La Yeza Ferrón I.	P-1381	del Rey Vieira MA.	O-489
de las Nieves Rodríguez E.	P-1730, P-1743, P-302, P-880	del Río Aisa JL.	A-1134, P-531, P-945, P-960, P-1335
de León Rivas C.	P-1447, A-1566, A-432, A-854, P-1051, P-1091, P-1100, P-1246, P-1408, P-1465, P-1755, P-1785, P-321	del Río Fernández MC.	P-1405
de Lucas de Lucas R.	P-419	del Río García L.	P-1403
de Manuel Rimbau Muñoz P.	P-1764	del Río Navarro R.	A-827, P-596
de Miguel Campo B.	P-1683	del Río Navarro RJ.	O-513
de Morla Domínguez AA.	A-784, A-824	del Saz Moreno V.	P-1469
de Nicolás Bordás A.	A-1908	del Saz Soriano A.	A-789
de Prado Peña L.	P-989	del Valle Ortiz M.	O-910, P-1089
de Ramón Campiña I.	P-533	del Vecchio J.	P-969
de Santos Izquierdo JM.	O-104, P-132, P-437	Delgado Alonso L.	A-787, O-172, P-1689, P-379, P-521, P-574, P-659
de Vega Malmierca F.	P-240	Delgado Campos A.	A-1170, P-1429
de Vega Paredes L.	A-787	Delgado de Paz A.	A-429, A-799, O-173, P-1371, P-1419, P-747, P-946
de Vera Guillén C.	P-1077, P-1400, P-569, P-594	Delgado García A.	P-1903
de Vita Sanoja K.	A-778, P-1510, P-731	Delgado Gil V.	P-1041
Debán Fernández M.	A-1705, A-85, P-623, P-967	Delgado Martínez C.	P-139
del Amo Cachán S.	A-1554, P-1503		





ÍNDICE DE AUTORES

Delgado Sardina V	A-1144, A-855	Díaz Polanco JC	P-937
Delgado Sevillano R	P-328	Díaz Rodríguez I	P-1890, P-523
Delmiro Magdalena A	A-1186, A-1194, P-1347, P-1471, P-1760, P-1829, P-683	Díaz Sánchez C	P-1054, P-754
Di Salvo León B	P-551, P-766, P-1355	Díaz Sánchez M	A-1553
Díaz L	A-1836, P-1332	Díaz Sánchez MC	A-1555, P-1791
Díaz Acosta J	P-1750, P-244	Díaz Sánchez MG	A-1548, P-1505
Díaz Caldevilla LA	P-221	Díaz Vera E	A-1189, A-1575, A-1605, P-610, P-1060, P-1111, P-1234, P-1249, P-1263, P-1398, P-630, P-699, P-755, P-760, P-767, P-990
Díaz Cardona C	P-1112, P-592	Díaz Vidal L	A-345, A-69, A-76, P-1696, P-22, P-51
Díaz Caro E	A-864	Diego Pinto D	P-1780, P-605
Díaz Casanova P	P-1038, P-547	Diego Robledo F	P-36
Díaz Chaves M	P-233	Diéguez Pérez S	P-1079
Díaz Chaves MA	P-167	Diéguez Zaragoza S	O-453, P-66
Díaz Contrera R	P-1786, P-566, P-584, P-1676, P-726, P-763	Díez Bermúdez A	P-1443, P-648, P-765
Díaz Corte C	P-1403	Díez de Hoyo M	P-665
Díaz de Cerio Julián L	P-1232	Díez Díez D	A-1564, P-1496, P-1901
Díaz de Tuesta Chow-Quan AM	P-177, P-226, P-1797	Díez Domínguez L	A-815, P-1469, P-949
Díaz Fernández E	O-914, P-35	Díez Herrero D	O-912, O-914, P-1301, P-35
Díaz Fernández ME	P-1301	Díez López N	A-1521, A-1583
Díaz García N	A-1628, O-169, P-22	Díez Morales S	A-1631, A-799, P-1357, P-1371, P-1419, P-1686, P-747
Díaz Hernández JA	P-190	Díez Naz A	P-1747, P-1759, P-542
Díaz Herranz S	A-149, P-1083, P-128, P-1487, P-541, A-1875, P-1811, A-1147, A-1202, A-807, P-1644, P-950	Díez Naz A	P-543
Díaz Lueiro ML	O-461	Diz González D	A-1147, A-1202, A-1875, A-807, P-1644, P-1754, P-1811, P-950
Díaz Maté M	A-1908	Docampo Dameá P	A-1183, A-1529, P-499, P-1022, P-1255, P-1405
Díaz Muiños F	P-1429	Domingo Delgado J	A-1157
Díaz Nájera E	O-279	Domingo Lozano J	P-41
Díaz Noain M	A-1188, P-1470	Domínguez Bernal C	O-1298, O-1306, P-1316
Díaz Olaizola C	A-1562, O-877, O-888, P-1235, P-575, P-909	Domínguez Carrasco J	P-1831, P-721
Díaz Ortega N	P-1042	Domínguez García MJ	A-1117, A-816, P-1236, P-1486, P-1513
Díaz Pilco AM	P-599		
Díaz Polanco G	P-679		





ÍNDICE DE AUTORES

Domínguez Manzano N	P-1064	Elvira Ruiz G	P-1325
Domínguez Pérez ML.	P-237, P-406, P-483	Embuela Majua P.	A-1869, P-1431
Dominguez Petit A.	P-1431, A-1869	Emmanuel Tejero EJ.	P-1789
Domínguez Teba A	P-662	Encarnación Báez M.	P-1023
Domínguez Teba AJ.	A-784, P-304, P-331	Enciso Espinosa A.	P-595, P-970
Donat Y	P-523	Enjo Pérez I	P-389
Donat Sanz Y	P-1459, P-1667, P-249, P-607	Enríquez Aragón J.	P-1064
Dorizola Romillo N	O-160	Erroiz H.	A-1163
Dorta Romero M	P-1042, P-1441, P-1688	Escalada X.	P-243
Duarte Carazo A	A-1560, P-612, P-664, P-746, P-1450	Escalada Pellitero D.	A-1840, P-1359, P-1380, P-620, P-995
Duarte Romero AJ	P-482	Escalada Pellitero S.	A-1840, P-1380
Ducet Texeira H	A-1161	Escalante Aguilar RM	P-250
Dueñas Laita A	P-1636, P-1647, P-574, P-521	Escalero Rodríguez E.	P-1814
Dueñas Lata A	P-1689	Escalero Rodríguez R.	A-1183, A-1707, A-1849, A-1860, P-721
Duerto Cebollada S.	A-1134, P-1335, P-945, P-960	Escalona Rodríguez S	A-1204
Dulce Lafuente E	P-1686	Escartín Fontana B	P-252
Dumitras RS	P-197, P-626, P-1442	Escoda O.	P-916
Duque Castilla E	A-1877, P-729, P-762	Escoda Turón O	P-911
Duque del Río MC	O-287	Escola Ripoll D	P-394, P-539
Durán Chiappero MR	A-873	Escolar Martínez-Berganza T	P-232
E T B	P-378	Escribano Talaya M.	P-39
Egea Guerrero JJ.	P-1781	Escudero Álvarez S	P-1300
Egea Huertas A	A-1143, A-1146, A-1197, A-1710, P-1052, P-1055, P-1678, P-1796, P-325, P-711, P-942	Escudero Cuadrillero C	O-172
Egia Gandarias C.	P-327, P-940	Eslava Gurrea E	A-73, P-1067
Eito Cuello JJ	A-1704, A-274, A-802, P-1749, P-252	Espada Zurera M	A-1627
Elduque Mora C	O-901	Espadas Maeso MJ	A-851
Elie Marcelín J	A-802	Espallargas Ruiz-Ogarrio M	P-625
Elvira C	P-253, P-573	España Arita MG	P-1011, P-1370, P-531
Elvira Gutiérrez L	P-1742	Espíldora E.	P-1512
Elvira Martínez C	P-558	Espíldora de Ancos E	P-1366
Elvira Menéndez C	A-1186, A-1194, P-1347, P-1760, P-1829, P-683	Espin Aguade P	P-1260
		Espina Rodríguez N	P-1421, P-1812





ÍNDICE DE AUTORES

Espinach Alvaros J	P-989, P-41	Estévez Rueda MJ	A-1843, A-69, A-76, P-51
Espinal Papuico AE	A-1571, P-1689	Estrada Carmona J	P-87
Espino Pérez R	P-10, P-490	Estrada López M.	P-1358
Espinola Coll E	A-839, A-1574, P-597, P-720, P-1073, P-1384, P-1393, P-1494	Estrada Martínez M	P-1266, P-1669
Espinosa Custodio HA	O-435	Estrada Suela A	O-1294, P-1316, P-1665
Espinosa de Los Mont Márquez E	P-1103	Estrada Vindel EZ	P-937
Espinosa de los Montes Pérez E	P-552	Etxebarria Gulias A.	P-367
Espinosa Fernández B	P-918	Etxebarria Agirre H.	P-199
Espinosa Ramírez S.	P-411, P-414	Expósito Coll I	P-1883
Esplugas Abos J	P-41, P-989	Expósito Freijomil I	O-97
Esplugues Marrahi J	P-1044	Expósito Jiménez D	P-1398
Esquer Peris MJ.	A-842, P-618	Expósito Molinero C	P-57
Estabén V.	O-471	Expósito Moreno MC	O-438, P-510, P-582
Estabén Boldova V	P-470, P-487, P-518	Expósito Rodríguez M	P-1750, P-228, P-288, P-292, P-293
Esteban P.	P-1301	Expósito Ruiz M	O-283, P-552
Esteban González C	P-980	Extremera Navas P	P-1087
Esteban Gutiérrez G	O-439, P-52	F F JC	P-378
Esteban Pastor S	O-353, P-355, P-357, P-684	F F S	P-1362
Esteban Velasco JV	A-1876, A-67, A-77, P-1245, P-1699, P-181, P-21, P-38, P-557, P-563, P-741	F L D	P-378
Esteban Villacampa A	P-968, P-984	Fabra Cadenas S	P-163
Estebarán Martín J	P-1763	Fabra García F.	P-203
Estebarán Martín MJ	P-564	Fabra García L.	P-197, P-626, P-1442
Estella García A	O-1293, O-193, P-546	Fabregat Sanjuan JP	A-1593, A-1905, P-264, P-1887, P-267
Esteso Perona M	A-804	Fadrique Millán L	P-467, P-933
Esteve Pastor M	P-1325	Fadrique Millán LN	O-452, P-1699, P-1810, P-257
Esteve Pastor MA	P-665	Fajardo Velasco P	A-1848, A-800, P-1354, P-628, P-644
Esteve Ruiz IE	P-735	Falcón Vega L.	A-1136
Esteve Ruiz IM	P-1693	Fandiño Márquez MA	A-334, P-1482, P-1821, P-317
Estévez Escobar M	P-681	Fariñas Álvarez C	P-254
Estévez González F.	P-178	Fau Sánchez I.	A-1578, P-1009
Estévez Montes R	O-381, P-289	Favá García F	A-1536
Estévez Montes RC	A-851, P-419	Favá García FJ	P-1372, P-1446, P-1497, P-753





ÍNDICE DE AUTORES

Feital García C.	O-353, P-365	Fernández Concellón L	A-1594, P-509, P-702
Feito Fernández C.	P-1737	Fernández Cuervo A.	A-1158, A-1199, A-1725, A-1861, P-957
Felis Cucarella A.	P-624	Fernández Cueto EM.	A-1573, A-335, P-1473, P-770
Feliu Pérez I.	P-1887, P-267, P-324, P-423	Fernández Cusicanqui JN	P-1037
Félix Cases M.	P-496	Fernández de Béjar MM	A-1203, A-1208, P-1776
Feliz Rodríguez DA	A-1527	Fernández de Cañet Ramírez N	P-1452, P-1799
Feria Gil R.	P-1656	Fernández de Cañete N	A-1153
Fermín Ramírez VE	P-1374, P-1410, P-642, P-724, P-748	Fernández de Cañete Ramírez N	A-857
Fermoso Álvarez G	P-915	Fernández de Cordo González V	O-373, P-361, P-364, P-186, O-352
Fernán P	P-406	Fernández de la Mata P	P-1670
Fernán Pérez P	P-237, P-483	Fernández de Velasco Pérez D	A-775, P-553, P-996, P-1454
Fernández A	P-406	Fernández del Rey A.	P-131
Fernández C	P-253, P-573	Fernández Díaz EM	A-1272
Fernández Alcalá C	A-1585, A-1620, A-1856, A-830, A-861, P-588, P-742	Fernández Díaz F	P-1484, P-680, P-769
Fernández Alcón E	P-58	Fernández Díaz M	P-313, P-323, P-328, P-49
Fernández Alonso A	O-478	Fernández Díaz MN	P-120, P-1324, P-515
Fernández Alonso C	A-1722, A-829, P-1655, P-1819, P-229, P-278, P-303, P-462	Fernández Esain B	O-1735
Fernández Alonso MC.	O-158	Fernández Fernández E.	O-452, P-1737, P-1742
Fernández Álvarez J	P-389	Fernández Fernández EP	A-1562, O-888, P-575, P-938
Fernández Barreras C	A-777, A-860, P-1694, P-655	Fernández Fernández G	A-1525
Fernández Bayón G	A-1857, A-1876, A-67, P-1323, P-1699, P-407	Fernández Fernández I	P-1069, P-313
Fernández Becerra A.	A-1560	Fernández Fernández M	A-1135
Fernández Bedoya V.	P-1364	Fernández Fernández MC	P-1003
Fernández Benítez A.	P-237, P-483	Fernández Fernández P.	P-120, P-515, P-1324
Fernández Bordallo R	O-461	Fernández Fernández S.	P-1115
Fernández Callejón A	P-1789	Fernández Gallego V	O-381, P-188
Fernández Calvo L	O-1, O-453	Fernández García I.	P-555
Fernández Camacho D	O-893, O-904, O-905, O-906, P-1213, P-1215, P-885, P-889, P-895, P-907	Fernández García JM	P-126
Fernández Campillo J	O-513, P-11, P-1309, P-596, P-771	Fernández Garrido D	A-1834, A-846, P-1438, P-1825, P-443, P-500, P-571, P-656, P-999
Fernández Candelas C	O-166, O-351, O-88, O-90, P-359	Fernández Gómez A.	P-644, P-1354
Fernández Cañadas JM.	P-918	Fernández Gómez FJ.	P-1358, P-1729





ÍNDICE DE AUTORES

Fernández Gómez P	P-666	Fernández Pajares M	P-49
Fernández Gonzalo D.	A-1276, A-869, P-1266, P-1817, P-422, P-736, P-1669	Fernández Palacios C	P-1506, P-760
Fernández Gozalo D.	A-823	Fernández Pardo J	P-1237
Fernández Guerrero I	P-1058	Fernández Pastor D.	A-150
Fernández Guerrero IM.	A-798, P-1029, P-1674, P-552, P-704, P-961, P-966	Fernández Peleteiro J.	A-75
Fernández Guerrero Guerrero IM	O-283	Fernández Pereda C	A-1566, A-1851, A-432, A-70, A-854, P-1100, P-1408, P-1447, P-1465, P-1517, P-1755, P-1794, P-1909
Fernández Guillén S	P-29	Fernández Pérez C	P-139
Fernández Gutiérrez B.	P-643	Fernández Pérez MM	P-112, P-118
Fernández Gutiérrez L.	P-1650, P-445	Fernández Pérez V	P-126
Fernández Gutiérrez M	P-1246	Fernández Ramírez A	P-1220
Fernández Hernández L.	P-462	Fernández Ramírez Y	A-823
Fernández Iglesias CM	A-1705	Fernández Ratero JA	O-910, P-1089
Fernández Iglesias P	P-1777	Fernández Rivas G	O-882, P-917
Fernández Infante E	P-315	Fernández Rivas M	P-648, P-765
Fernández Julià C	A-1836	Fernández Rivas MT	A-1525, A-343
Fernández Leizan L	A-75, P-1406	Fernández Rodríguez A	A-1876, O-475
Fernández Letamendi MT.	P-226, P-1797	Fernández Rodríguez E	P-750
Fernández Letamendi N.	A-1551, P-1500, P-728	Fernández Rodríguez MJ	A-1143, A-1146, A-1197, A-1710, P-1052, P-1055, P-1678, P-1796, P-325, P-711, P-942
Fernández Letamendi T	A-1551, P-1500, P-728	Fernández Rodríguez P	P-736
Fernández Lobo V	A-70	Fernández Rodríguez V	A-791, O-455, O-480, P-1379, P-241
Fernández López AM	P-770	Fernández Romero E	P-490
Fernández López S	A-1124, P-1047	Fernández Salgado F	P-248, P-302, P-632
Fernández Madueño MI	P-631	Fernández Sampedro S	A-1276
Fernández Marín I	P-1683, A-1626, A-1879, P-1061, P-1072	Fernández San Martín A	P-313, P-323, P-328, P-49
Fernández Martínez C.	A-1862, P-180, P-86, P-983	Fernández Serna A	P-170, P-958
Fernández Martínez J	O-214	Fernández Simón JM.	P-49
Fernández Merlo A	P-32, P-1341	Fernández Toral M	P-411, P-414
Fernández Natera A	P-673	Fernández Torre D.	A-1610, A-1561, A-1631, A-1839, A-1867, A-826, P-1357, P-1911, P-657, P-768
Fernández Núñez JM.ª	P-594	Fernández Torres E	P-729, P-762
Fernández Núñez J	P-184		
Fernández Núñez JM	P-1077, P-1400, P-312, P-569		





ÍNDICE DE AUTORES

Fernández Valero F	P-1825	Fidalgo Montero P	P-1099, P-1445
Fernández Valero FJ	A-1143, A-1146, A-1197, A-1710, P-1052, P-1055, P-1678, P-1796, P-325, P-711, P-942	Fignani Molina C	P-1058
Fernández Vargas D	A-836, P-100, P-1247, P-1813, P-482, P-653	Figuereido Moreira M	A-1545, A-192
Fernández Vázquez M.	A-1285, P-9	Flamarique Pascual A	P-1892
Fernández Vázquez MJ	A-1600, P-928, P-1516, P-1751	Flores M	P-678
Fernández Vidaurreta I	A-1859, P-1021, P-1700	Flores Ambrosio D.	A-1862, P-180
Fernández-Llebrez Castaño AT	A-1870	Flores Rico E.	A-431, O-370, P-393
Fernández Carbajo JJ	A-1906	Flores Torecillas J	P-1903
Fernández Marfil N.	A-1877	Flores Torrecillas J	P-1898
Fernández Rodríguez JC.	P-994	Florido Mancheño I.	P-246
Ferre Calabuig M	P-30	Folgado Becerra MJ	P-129, P-1774
Ferre Llosa C	O-458	Folgado Pérez MA	P-1900
Ferré Losa C.	O-447, P-238	Fonseca del Pozo FJ	O-168
Ferre Martínez MJ	A-1205, P-1063	Fonseca Ortega J	P-241
Ferreira Freire L	P-1369	Fonseca Ramiro C.	A-1181, A-855, P-1099, P-1445, P-1453, P-1662
Ferrer Armengou L	P-1006, P-705	Fontalba Ruiz G	P-1028
Ferrer Caballé L	P-1519, P-1691, P-615, P-971	Fontalba Ruiz L	P-1028
Ferrer Dufol A.	P-1636	Fontecha Olid D	A-1530
Ferrer Mygind J	P-549	Fontecha Olid L	P-660
Ferrer Palazón C.	P-1650, P-445	Fontecha Olid MD	A-1611, A-825
Ferrer Serrano D.	A-1712, P-1020, P-1766	Fora Romero MJ	P-1245, P-1810
Ferreras JM	O-890	Forcadell Arenas T	A-1164, P-1036
Ferreras Amez JM.	A-337, P-1081, P-1108	Fornas Castelló M.	A-72
Ferreres Ramia Y.	O-372, O-376	Fortia Palahi C	P-1015
Ferrero Fernández E	A-1180, A-795, P-1320, P-1407, P-1418, P-1511, P-1770, P-425	Fortún M	P-1734, P-530
Ferrero Fernández IE	P-1489, P-1822, P-565, P-598	Fortún Moral M.	O-1735
Ferrero Ohse WR	A-1184, P-1048, P-1091	Fortuny Esterri I.	A-815, P-949, P-1116
Ferrés Padró V	P-1637	Fradera Peiró N	P-101
Ferriz Bedmar MJ	P-1799	Fragero Blesa E	P-482
Fidalgo Argüelles A.	P-658	Fragero Blesa EM	A-1278, A-1279, P-1031, P-1059, P-1259, P-1668, P-1813, P-611, P-722
		Fraguas Reverendo MP	P-107, P-464, P-493, P-94





ÍNDICE DE AUTORES

Fraguas Reverendo P.	O-106, P-196, P-446, P-476, P-492, P-519, P-93	Fuertes Valles L.	P-606
Francesca Pini S.	P-717	Fulgencio Inoa W.	P-880, P-953, P-1765
Francesena González S.	A-1276, A-823, A-869, P-1817, P-422, P-736	Fülöp Lakatos K.	O-494
Franch Espinosa L.	A-427, P-123, P-1377	G I N	P-1804
Francia Franco F.	A-1704, A-274, P-1749, P-252	G N O	A-1584, P-752
Franco Caurel JL.	P-134, P-135, P-144, P-654, P-99	Gabaldón Pastor D.	P-322
Franco Franco García JM.	P-939	Gabantxo Laka I.	P-1329, P-327, P-940
Franco García S.	P-1423	Gabikagojeaskoa Beristain A.	O-214
Franco Rivera E.	A-1559, A-1563, P-1056	Gabilondo Sanjuán G.	P-1739
Franco Sorolla JM.	O-886	Gacimartín Maroto AM.	P-358
Frasquet Signes S.	P-624	Gacimartín Maroto E.	P-358
Freire Aragón MD.	P-1243, P-1781	Gago Bellido C.	A-1132, A-336, P-1093, P-1459, P-1779, P-249, P-607, P-759
Fretín Martínez A.	O-478	Gajate Cano J.	O-198, O-369, P-520
Freund Vargas-Prada VS.	P-1463	Galán Alcaide JC.	A-341, P-215
Frías Hervás MR.	P-1374, P-1410, P-642, P-724, P-748	Galán Dorado E.	P-265
Fuentes E.	P-130	Galán Iguacel N.	A-81, P-517, P-689
Fuentes Bermejo M.	A-816, P-1486	Galán Traba MA.	O-154, O-1741, P-1000, P-1292, P-1388
Fuentes de Frutos M.	A-1198, A-1587, P-1317, P-1435	Galera Galera A.	P-8
Fuentes Diego F.	A-1608, A-870	Galicia Paredes M.	O-1642
Fuentes Felipe F.	A-1149, A-1864, P-1444, P-296	Galicia Puyol S.	A-1208
Fuentes Felipe FD.	A-1589	Galilea Zabalza I.	P-1380
Fuentes Ferrer ME.	P-229	Galindo Cobian A.	P-1432
Fuentes García EP.	O-205	Galindo Gómez S.	O-157, O-898, O-92
Fuentes García V.	A-1544, A-792, A-832, A-833	Galindo Vacas S.	A-1196, P-1295, P-1358, P-1493, P-939
Fuentes Martínez R.	P-1651	Gallardo Bautista J.	O-449, P-1643, P-330, P-43, P-44, P-45, P-46, P-649
Fuentes Miguel E.	P-1459, P-1667, P-523	Gallardo Chapardo C.	P-1331, A-1713, P-1314
Fuentes Ochoa MT.	P-119, P-136, P-141, P-217	Gallardo Gálvez JR.	P-33
Fuentes Rodríguez G.	P-617, P-677	Gallardo Rebolal MS.	O-457
Fuentes Ruiz PF.	P-599	Gallego Benito M.	P-544
Fuentes Santos C.	A-786, P-568	Gallego Castellano MA.	P-240
Fuentetaja Sanz F.	P-721	Gallego Castillo E.	P-1384, P-1494
Fuenzalida Inostroza C.	O-440	Gallego Castillo EN.	A-873





ÍNDICE DE AUTORES

Gallego Curto E	P-754	García Arias MP.	P-140, P-162
Gallego España FJ	A-1906	García Aroca M.	A-1567, A-1572, A-1573, A-335, P-1472, P-1473, P-1898, P-1903, P-614, P-978
Gallego Freire L	P-278	García Ayuso A	P-1649, P-89
Gallego Mínguez I	P-1289	García Azorín D.	O-1298, O-1306, O-1313, P-1307, P-501
Gallego Peris A	P-1786, P-30, P-566, P-584, P-763	García Balsalobre C	P-978
Gallego Rodríguez P	A-84	García Bango Y	P-291, P-504
Gallegos Polonio A	P-1265	García Bastida MC	P-263
Gallur Martínez AM	A-1163, P-998	García Bellido C	A-1196
Galván Román JM.	P-979	García Bermejo P	P-1034, P-1057
Gálvez San Román JL	O-449, P-1643, P-330, P-43, P-44, P-45, P-46, P-649	García Briñón MA	P-1655
Gamazo del Río J	P-936	García Buigues AJ	A-72
Gamboa Rojo R	P-1071, P-932	García Bujalance S	O-897
Gandía Navarro C	P-1330	García Cáceres C	P-184
Gangolells Sabata A	A-841	García Cáceres MC	A-149, P-128, P-541, P-594, P-1083, P-1487
Gantes Nieto P	A-1156	García Calvo JC	A-1571
Garai Aranburu K	P-199	García Cano J	P-1494, P-1514, P-16
Garcés C	O-471	García Castro R	P-1403
Garcés Garcés FJ	O-1733, P-356	García Catalán G	P-1413
Garcés Horna S	P-110	García Clari JJ	P-624
Garcés Molina J	P-261	García Clavijo C	P-360
Garcés San José C	A-1157, A-1846, O-485, P-174, P-177, P-470, P-487, P-518, P-522, P-562	García Cortés JJ	O-477, P-223
García N	P-1681	García Criado J	A-1182, A-1190, A-1850, P-1349, P-1401, P-691, P-955
García P	P-1681	García de León Chocano SR	A-1615, P-1348, P-634
García R	O-5	García Delgado Rosado H	P-1243
García Acuña M	P-548, P-937	García Diego M	P-555
García Aldave J	P-35	García Estrada G	A-1276, A-79, P-1030, P-1109, P-1266, P-1669, P-422, P-766
García Aldave JJ	O-914	García Fajardo E	P-1652
García Alfocea E	P-224	García Fajardo MJ	P-1652, P-1881, P-1894, P-409
García Alhambra MA	A-342	García Faza V	P-1516
García Almela M	P-994		
García Alonso M	P-627, P-747, P-981		
García Alonso MM	A-429, O-173, P-973		





ÍNDICE DE AUTORES

García Fernández JA	P-1737, P-1742	García Langoyo B.	P-110
García Font R.	P-649	García Lasheras J.	P-16
García Fontenía B.	A-1864, P-296	García Líndez JJ	P-590
García Fontenla B.	A-1608, A-870	García Lloret T.	P-1264
García Forcén L.	A-847, P-1756, P-560	García Lombardía K	P-3, P-1402
García Galán M.	P-1481, A-1601, P-1392, P-757	García López B.	P-586
García Gamaza I.	A-1863	García López BE.	P-1809
García García A	O-874, P-36	García Marín A	P-1683, A-1612, A-1879
García García C	P-310, P-329	García Marín AP	P-690
García García FJ	A-1525	García Marina B	A-1159, A-780, A-865, P-1014, P-1241, P-1464, P-1820, P-19, P-641, P-740
García García J	P-978	García Martín F	A-799, P-297, P-915
García García M	O-469, P-133, P-454	García Martín J	P-1736, P-1743, P-1765, P-953
García García P.	P-1361	García Martín LA	P-62
García García S.	P-1244, P-1366	García Martínez A	O-281, P-579
García Garrido MA	P-389	García Martínez MN	P-134, P-135, P-144, P-654, P-99
García Garzón M.	A-273, P-1673, P-963	García Martínez V	P-1304
García Gil A	P-1356, P-517	García Mateos S	P-129, P-1780
García Gollonet B.	A-1574, A-839, P-1384, P-1393, P-1494, P-720	García Mendoza JJ.	P-1380
García Gómez C	P-1385, P-1386	García Montalvo J	A-1908
García Gonollet B.	P-1073	García Montes N	O-5, P-1332
García González Y.	A-1180, A-795, P-1320, P-1407, P-1418, P-1489, P-1511, P-1770, P-1822, P-425, P-565, P-598	García Morán E	O-452
García Guerrero B	P-398	García Morrás C	P-1371
García Gurruchaga ME.	A-777	García Moya M	A-838, P-1033, P-1264, P-1389
García Gutiérrez S	O-457, O-478, P-1350, P-980	García Moya R.	P-1225, P-1702, P-581, A-1719, P-1378
García Hernández A.	P-268, P-383, P-391, P-421	García Muñoz A	A-1705
García Hernanz E.	O-346, P-186	García Muñoz C.	P-245
García Herrero P	A-1190, P-1401, P-691, P-955	García Navarro P.	P-1104, P-1509
García Iglesias D	P-658	García Noain JA	P-468, P-945
García Jiménez C	O-376	García Noaín A	P-1335
García Klepzig JL	O-491	García Noeda E.	P-648, P-765
García Lamberechts EJ.	P-1819, P-55	García Nogueira E	O-195





ÍNDICE DE AUTORES

García Noriega A	A-1570, A-1634, P-1751, P-1783, P-306, P-601	García Soto V	P-1217, P-1761
García Olloqui A	A-1524, A-1579, P-1436, P-1801, P-542, P-543	García Suárez I	P-313
García Ortiz JC	P-1381, P-546	García Téllez M	P-616
García Palacios M	P-1417, P-424	García Tobaruela A.	P-1082
García Pares D.	P-971	García Torrecillas JM.	A-1284, O-1212, P-1256, P-230
García Parres B	O-200	García Vaquero S.	A-1604
García Peña P	P-284, P-285	García Ventura II	P-121
García Pérez D.	O-206	García Ventura M.	A-1617, A-1904, P-1888, P-1899
García Pérez L	P-570	García Vesga V	P-297
García Peris A	P-675	García Vesga VE	P-1092
García Prieto J	P-30	García Vidal L	O-204
García Ramos A	O-214	García Zubiri C	P-1319
García Revuelta M	A-1178, P-1782, P-946	García Zurita M	P-1676, P-1786, P-498, P-726, P-763
García Rico C	O-198	García-Baquero Martín ID	A-857, P-1452
García Rodríguez AM	P-1810	García-Lago Sierra A.	P-1484, P-680, P-769
García Rodríguez E.	A-1860	García-Molina Sáez C.	P-242, P-537
García Rodríguez M	A-1847, A-332, A-783, P-1471, P-1492, P-64, P-734	García-Noblejas Fernández A	A-810
García Romero A	P-121, P-261	García-Ochoa Blanco M	O-512
García Ruiz A	P-1033, P-1702	García-Ochoa Blanco MJ.	O-1727, O-1728, O-198, O-368, O-373, O-387, O-472, O-90, P-356, P-386
García Ruiz C	A-1540, P-1303	García-Perla García A.	P-1747, P-1759
García Rupérez I	O-1296, P-1731, P-884, P-933	Gargallo Maicas C.	P-1098, P-1340, P-1790
García Sánchez A	P-591, P-703	Gargallo Vaamonde A	P-1757
García Sánchez MB	O-461	Garmendia Leiza JR	O-491
García Sánchez MO	P-1049, P-1221, P-1353, P-1891, P-934	Garmendia Zallo M	A-83, P-590
García Santisteban S.	A-1127, A-1172, A-1286, A-1554, A-860, P-1490, P-1503, P-1694, P-743, P-744, P-745	Garmilla Ezquerro P	A-1119, O-210, O-450, O-502, P-514, P-688, P-920, P-924
García Serrano C	P-236	Garrido Abia E.	A-1906, P-1896
García Sifuentes LF	P-1697	Garrido Castilla JM.	P-526
García Sol de Villa MA	A-1163	Garrido Rosado A.	A-273, O-890, P-1673, P-1687, P-669, P-963, A-1627
García Soto AB	P-1217, P-1761	Garriguet López FJ	A-1624
García Soto C	P-1217, P-1761	Garrillo Cepeda J	A-1168
		Garrino Fernández A	A-1199, P-957





ÍNDICE DE AUTORES

Garron Aoiz L	P-1067	Gil Castillo C	A-1182, P-1090
Garrote Moreno JI.	A-1906, P-1896	Gil Castuera M.	A-334, P-1482, P-1054
Garví Ruiz A	P-225	Gil de Sola Letang F	P-1730, P-1736, P-1740, P-880
Garví Ruiz AB	A-788, P-1451, P-637, P-706	Gil Gámez FJ	P-555
Gascón L	P-137	Gil Haro B	P-1065, P-1364
Gascón M	P-1753	Gil Jiménez A.	P-263
Gaspar JM.	P-1012	Gil Loayza D	P-707, P-946
Gassen C.	P-295	Gil Loayza DA	P-903, P-919
Gavaldá Robert A.	P-313	Gil López C	P-303
Gavilán Casado CA	A-1117, A-816	Gil López M.	P-1043, P-532, P-589, P-608, P-692, P-694, P-733, P-944
Gay Gasanz B	P-1439	Gil Mellado MM.	A-864
Gay Sanz B	P-1892	Gil Molet A	P-284, P-285
Gayangos Machado A	P-255, P-383, P-391	Gil Mosquera M.	A-1614, P-1361, P-1701, P-87, P-965
Gayo Hernández F	P-164	Gil Rodrigo A.	A-806, O-912, P-54, P-696, P-918
Gayoso Martín S	P-294, P-298	Gil Román JJ.	P-922, P-967
Gayubo López M	P-103, P-112, P-118, P-1661	Gil Sánchez A	A-85, P-623
Gea Fernández J	A-1279, P-1031, P-1254, P-1262, P-1668, P-722	Gil Sánchez C	A-850, P-1041, P-1789, P-1792, P-59
Gene E	P-243	Giménez JI.	P-1776, A-1203, A-1208, A-809, A-858, P-1070, P-1237
Genebat González M.	A-1524, A-1579, P-1436, P-1746, P-1753, P-1801, P-542, P-543	Giménez Brisach S	A-1601, P-1392, P-1481, P-757
Georges MR.	A-824	Giménez Cid D.	P-1658, P-1664, P-1680, P-1690, P-954
Germán Armijo F	P-405	Giménez Fernández B.	O-1, O-453, P-31, O-883
Gervás de la Pisa M	P-133	Giménez Mediavilla JJ.	O-102, O-1646, O-369, P-1832, P-358, P-362, P-390, P-400, P-520
Ghazi El Hammouti K	A-1281, P-1253	Gimeno Galindo C	P-1506, P-740
Giacoman S.	P-678	Gimeno Orna JA.	O-1216
Gil A.	O-1311	Giner Fernández E	P-420, P-1114, P-1702
Gil P	P-535	Giner Morales JM.	A-1130, P-1340
Gil V	P-454	Giraldo Pérez M.	P-297
Gil Abarca J.	P-256	Giraldo Pérez MJ	A-835
Gil Alcaraz R	A-1142, A-1871, P-603	Girbes Bresó J	A-842, P-1057
Gil Camarero E	A-1610, A-1631	Girbés Marí R.	A-1609
Gil Camargo V.	P-1747, P-1759	Girbes Preso J.	P-618
Gil Candel M.	P-242, P-537		





ÍNDICE DE AUTORES

Gironés Bredy C.	P-228, P-288	Gómez Moraga A.	P-187, P-189
Girvent F.	A-153	Gómez Nieves OY.	P-1013, A-1619, P-1045
Gispert Ametller MA.	P-1656, P-1691, P-1764	Gómez Pescoso R.	P-1752
Godía Gutiérrez MT.	O-346	Gómez Planet M.	O-166
Godoy Rodríguez P.	P-527, P-653	Gómez Prieto A.	A-1198, P-1090, P-1635, P-1640, P-1645, P-1893, P-36, P-638
Goicoechea Mateo A.	P-315	Gómez Quiles A.	P-603, A-1597
Gomáriz Martínez MA.	P-207	Gómez Ramírez S.	A-1721, P-1477
Gómez AV.	P-1103	Gómez Rodríguez L.	A-1287, P-1035, P-1382, P-629
Gómez Bernal J.	P-762, P-1335, P-560, P-925	Gómez Ruiz FT.	A-794
Gómez Caminero A.	A-1120	Gómez Ruiz L.	P-170
Gómez Castillo WM.	A-1868, A-1873, P-1041	Gómez Sánchez C.	P-1365, A-1535, A-1632, P-1001, P-1040, P-1432, P-1802, P-42, P-545, P-737, P-738, P-773
Gómez Cía T.	P-1854	Gómez Sánchez D.	P-396
Gómez Ciriza G.	P-1854	Gómez Sánchez L.	A-1618, P-1447, P-695
Gómez Cuenca E.	A-1538, O-159, O-161, P-222	Gómez Sánchez ME.	P-1228
Gómez Cuenca EC.	A-1271, A-1272, P-1330	Gómez Sánchez T.	A-1618, P-695
Gómez de Diego A.	O-460	Gómez Soler R.	O-512
Gómez Gajete I.	A-1534	Gómez Torrado FJ.	P-580
Gómez García E.	P-1219	Gómez Traveso T.	O-896
Gómez García GM.	P-1730, P-1743, P-302	Gómez-Biedma Gutiérrez S.	P-222
Gómez García JJ.	P-187, P-189	Gómez-Escolar Pérez M.	O-477, P-223
Gómez García M.	P-10, P-572	Gómez-Garcés J.	P-930
Gómez García R.	A-1567, P-29	González Alemán O.	A-1158, A-1199, A-1725, A-1861, P-957
Gómez Gómez-Mascaraque E.	A-1536, P-1082	González Amador LM.	P-396
Gómez González T.	A-1708, A-799, P-1357, P-1371, P-1419	González Arias A.	A-1629
Gómez Guerra R.	A-1614, A-865, P-1014, P-1361, P-1464, P-1701, P-1820, P-641, P-1059	González Ariza B.	P-236
Gómez Hernández C.	P-244	González Armengol JJ.	P-1655, P-229, P-253, P-558, P-573
Gómez Martínez A.	A-808, A-837, A-1151, A-1603, P-1025	González Bañuelos RM.	P-257
Gómez Martínez E.	A-843	González Bravo J.	A-1540, A-1713, P-1303, P-1314, P-1331
Gómez Martínez L.	P-1301, P-35	González Caminero G.	P-498
Gómez Martínez M.	A-1548, P-1505		
Gómez Menéndez MP.	A-1847, P-64		





ÍNDICE DE AUTORES

González Caminero S.	P-1676, P-1786, P-584, P-726, P-763	González Mauraza I.	P-1825, P-1022, P-1255, P-670
González Canomanuel MA	A-340	González Menoyo JC	O-489
González Carbonell J	P-1321	González Merayo M.	A-343
González Carrasco M.	P-354	González Molina I	A-804, A-82
González Cerrajero M	P-1236	González Moreno A	A-81, O-102, P-365, P-390
González de Linares Balleggi E	A-1165	González Muñoz J	O-877, P-1235, P-909
González de Prada I	P-1322	González Otero C	P-165
González del Castillo J	O-479, O-494, P-253, P-535, P-558, P-573	González Pedraja AM.	A-1141, A-1633, P-1113, P-1338, P-621, P-768, P-958
González del Castillo JM.	P-55	González Peredo R.	P-1484, P-680, P-769
González Díaz A	P-1636, P-293	González Pimienta MJ.	P-1090, P-1635, P-1640, P-1645, P-1893
González Díez S	P-262, P-585	González Pozo C	A-1539, A-873, P-1458, P-1495
González Doorno Y	A-1129	González Prada I	P-1076, P-730
González Ferrer R.	P-1411	González Ramírez JR	P-1042, P-1441, P-1688
González Francés M.	O-156	González Ramón B.	O-1310
González García BE	P-548, P-937	González Rancaño MM.	O-505, P-516
González García CF	A-810	González Recio P	A-1840, P-1359, P-1380, P-620, P-995
González García E	O-452, P-563, P-946	González Reinaldo E.	P-1411
González García ME	O-98, P-122	González Rodríguez D	O-1732, O-369, O-88, O-90, P-362, P-390, P-400, P-520
González Gil F.	A-152	González Rodríguez J	P-1265
González González D.	O-1296	González Rodríguez S.	O-1646, O-1732, P-1832
González Ignacio MA	O-95	González Ruiz M	A-1141, A-1275, O-210, P-1002, P-1016, P-1051, P-1113, P-15, P-1517, P-668, P-717, P-958, A-826
González Jiménez C	O-286	González San Emeterio A	A-1566, A-1851, A-432, A-854, P-1051, P-1246, P-1408, P-1447, P-1465, P-1755, P-1785, P-321
González Jiménez P	A-864, P-1059, P-1668, P-1812	González Sánchez E.	P-289
González López M	A-819, P-1326, P-1641, P-749	González Sánchez EM	A-851
González Losada J	A-790	González Sánchez F.	A-864
González Manzana EM	A-1130	González Sardina N.	O-88, P-359
González Manzano I	P-1772, P-297, P-884	González Sedes C	P-1780
González Marín M	P-968	González Silva Y	A-1174, A-1604, P-1246, P-1371, P-1419, P-1686, P-1731, P-764
González Marín E.	A-1835, P-1739		
González Márquez P	O-1296		
González Martínez F	O-486, O-876		
González Mateos G	P-1077		





ÍNDICE DE AUTORES

González Subiza S	A-1576, A-1578, P-1009	Grecu GM	P-984
González Tejada J	A-802	Grégori Ibáñez B	P-1343
González Tejada JE	A-1616, P-1343	Greoles Royo C	P-968, P-984
González Torre L	O-98, P-122	Griabal García M.	A-274, P-1749, P-252
González Torres LM	A-1203, A-1208, P-1267, P-1776	Griñón Toledo J.	P-295
González Trejo MG	P-312	Gros Bañeres B.	A-1846, P-174, P-177, P-522
González Urtizberea J.	P-655	Grunewald Ortiz J	P-1076, P-42, P-730, O-448, P-1001, P-1322, P-1365, P-737, P-991
González Vila T	O-1732, O-369, P-1832, P-520	Guadarrama Ramos I	P-133
González Viñolis MJ	P-606	Gual Falip A	P-1637
González Zayas A	A-1622	Guallar Sola P	P-17, P-1804, P-517, P-689
González-Díaz Faes A.	P-688, A-1180, A-795, P-1320, P-1407, P-1418, P-1489, P-1511, P-1770, P-1822, P-425, P-565, P-598	Guardado Gonzales S.	P-1065, P-1364
Gonzalo Aranda E	A-1718, P-1803	Guardia Gil M.	P-969
Gonzálvez MD.	P-29, P-770	Guardia Rodríguez N	O-877
Gordo Bravo M	A-1523, O-435, P-1355	Guardiola Palau S	A-1629
Gorospe Molina MM.	A-1845	Guardiola Tey J.	O-881, O-892
Gorostiaga Echevarría T	A-1149, A-1589	Guarro Agustí L	O-878
Gozalo Arroitia E	P-124	Guaschi Caglieri A	P-456, P-999, P-1055
Gracia Federico F.	P-236	Guemes de la Iglesia C	A-1128, P-545, A-1583, A-1625, P-1383, P-1448, P-636
Gracia Romero M.	O-1293, O-193	Guerra García M	P-985
Gracia Romero MA.	P-546	Guerra Hernández ME	A-1839, P-657
Gradin Purroy C	O-1735	Guerra Jiménez F	O-2
Grajera Boza Y	P-549	Guerra Molina I	P-1050, P-979
Gramuntell Seguí I	O-887, A-1132	Guerrero Fera B.	A-1540
Granados Lajara C	A-1269	Guerrero González ME	P-1656
Grandío Gómez J	P-1087, P-1332, P-1520, P-710	Guerrero Martínez G	P-312
Granero Álvarez P	P-176	Guerrero Melle J.	O-351, O-88, O-90, P-359, P-362
Granizo Calvo E.	P-362	Guerrero Muñoz MC.	A-1205
Gras García PJ.	A-872	Guillamet F.	P-208, P-209
Grasun A.	A-1119, P-1051, P-622	Guillamet Ferrán F.	P-238
Grasun E	A-1119, P-622	Guillén Astete CA	O-169, O-1738, P-1027
Grecu G	P-1455, P-1767	Guillén González J	P-1034, P-1057, P-618
		Guillén Sánchez I	P-248, P-540, P-632





ÍNDICE DE AUTORES

Guirado Granados E.	A-1137, P-1663, P-1675, P-1805, P-1898, P-633	H G M.	P-388, P-395
Guirado Granados EM	A-818, P-258, P-609, P-1068, P-1297, P-1830, P-1889	Hambardzumyan A.	A-1876, A-67, P-1323, P-181, P-1810, P-21, P-23, P-557, P-741
Guirado Torrecillas L.	P-1230, P-1231	Heras Fernández V.	O-439, P-179, P-52
Guirao Salinas F.	P-224	Heredia Heredia E.	A-1601
Guisado Pérez M.	P-591, P-703	Hergueta González J.	P-547
Guitian Domínguez M.	P-1502, A-1594	Hermoso Madrid S.	P-1884
Gutiérrez de la Varga L.	A-1176, P-570	Hernández C.	O-281, P-579
Gutiérrez García A.	P-1092, P-979	Hernández M.	P-1520
Gutiérrez García AM	A-1559, A-1563, P-1019, P-1056, P-1412, P-1507	Hernández N.	A-1209
Gutiérrez García P.	A-1534, A-799, O-171, O-173, P-1357, P-1371, P-1419, P-1502, P-747, P-973	Hernández R.	P-243
Gutiérrez Gómez A.	P-1329	Hernández Agujetas R.	A-1845
Gutiérrez Madrid E.	A-1118, O-479, P-687, P-732	Hernández Bay E.	A-835, P-1502, P-747
Gutiérrez Martín R.	P-1476, P-1672, P-1814, P-1831	Hernández Bezos S.	P-21, P-557
Gutiérrez Martín-Arroyo J.	A-1627	Hernández Cardona R.	A-1535, A-1632, P-1802
Gutiérrez Mavárez C.	O-897	Hernández Castells L.	P-1236, P-1486, P-1513
Gutiérrez Parres B.	A-1550, O-279, P-1319	Hernández Castro A.	A-82, P-39
Gutiérrez Rubio JM.	O-381	Hernández Comes G.	A-1130, P-1098, P-1340, P-1790
Gutiérrez Sáinz J.	P-668	Hernández de Francisco L.	A-1596, P-672
Gutiérrez Sevilla JA.	P-1771, P-417	Hernández Egido M.	A-1628, A-84
Gutiérrez Teira B.	A-1166	Hernández Gajate JM.	P-900, P-929, P-933
Gutiérrez Tirado CM.	P-28	Hernández Gajate M.	P-1731, P-1772, P-297, P-574
Gutiérrez Vera J.	P-729	Hernández Gorostegui A.	A-1592, P-1352
Gutiérrez Zubiaurre JA.	O-474, O-507, P-506	Hernández Hernández A.	A-1714, A-796, P-676
Guzmán S.	O-1310	Hernández Hernández E.	P-1654
Guzmán Martínez S.	A-806, P-234, P-54, P-696	Hernández Hernández MA.	O-1315
Guzmán Pérez JA.	P-490, P-572	Hernández Jordá JV.	A-872
Guzmán Regalado M.	P-1047, P-591, P-703	Hernández López S.	O-436, O-459, P-1665, P-40, P-56, P-87
Guzmán Rosario D.	P-679, P-964	Hernández Marcos A.	A-814, P-468
Guzmán Ruiz M.	A-1153, A-857, P-1799, P-631	Hernández Martín C.	P-443
Guzmán Úbeda A.	O-283, P-552	Hernández Martín J.	P-244
		Hernández Martínez C.	P-456, P-500, P-999
		Hernández Martínez J.	P-1910





ÍNDICE DE AUTORES

Hernández Martínez P.	O-450, O-502, P-1367, P-1369, P-514, P-688, P-920, P-924	Herrero P.	P-536
Hernández Molina A.	P-1230, P-1231, P-1451, P-225, P-637, P-674, P-698, P-706	Herrero Antón R.	A-1182, A-1190, A-1850, P-1349, P-1401, P-691
Hernández Montez Y.	P-703	Herrero Antón RM.	P-955
Hernández Morales D.	P-604	Herrero Azpiazu A.	A-1188
Hernández Nieto T.	P-175	Herrero Benito C.	O-157, O-898, O-92
Hernández Núñez J.	P-553, P-568	Herrero Puente P.	O-435, O-469, O-475, O-503, O-896, P-454, P-967
Hernández Ontiveros H.	A-789, P-1261, P-1890, P-523	Herrero Risquez JA.	P-419
Hernández Párraga A.	A-872	Herrero Rosado M.	P-638
Hernández Párraga J.	A-872	Herrero Valea A.	P-291, P-504
Hernández Rodríguez C.	A-1849	Herrero Velázquez S.	O-158
Hernández Salgado F.	P-1765	Hervás de la Torre A.	O-280
Hernández Sánchez L.	P-328	Hidalgo Collazos C.	A-1139, A-1159, A-1614, A-780, A-865, P-1464, P-19, P-641, P-740
Hernández Sánchez R.	A-72	Hidalgo García M.	A-1593, P-1887, P-264
Hernández Solera JA.	P-1882	Hidalgo Gil R.	P-1074, P-308, P-671, P-716, P-959, P-976
Hernández Stahl M.	O-881, P-921	Hidalgo González MA.	A-1277, P-1248
Hernández Tuda C.	A-1175, A-1521, A-1625, P-1383, P-1448, P-1467, P-545	Hidalgo Natera A.	P-1258
Hernández Tuda MC.	A-1583	Hidalgo Pérez P.	A-1617
Hernando Fernández R.	A-1566, A-1851, A-432, A-854, P-1246, P-1408, P-1447, P-1465, P-1731, P-1755, P-1785, P-321	Hidalgo Rodríguez A.	P-1058
Herráez Sánchez E.	P-1289	Hidalgo Sedano V.	O-106, O-448, P-107, P-196, P-446, P-464, P-476, P-492, P-493, P-519, P-93, P-94
Herraiz de Castro C.	O-876, O-486	Higa Sansone L.	O-1302
Herráiz Martínez MA.	A-1722, P-303	Higuero Hernando S.	P-567
Herranz Duarte I.	P-1750	Holgado Castell L.	P-1034
Herranz Pérez JC.	P-983	Holguin Mena CI.	A-1616, P-1343
Herrer Castejón A.	A-1846, P-174, P-177, P-522	Hong Cho J.	A-1580, P-1798
Herrera C.	P-923	Houghton García R.	O-475, O-505, P-516
Herrera Carcedo C.	P-12, P-27	Huerta Fernández MA.	P-294, P-298
Herrera González PP.	A-788	Huerta Rodríguez I.	O-896
Herrera Mateo S.	O-1302	Huertas Sánchez MJ.	P-1023, P-1032, P-25
Herrera Ortiz G.	P-1110	Huesa Perales A.	P-1301, P-35
Herrería Laherrán R.	P-284, P-285	Huete Hurtado A.	O-486, O-876





ÍNDICE DE AUTORES

Humada Álvarez G.	P-1780	Isobe S.	P-1394
Humaid W.	O-439, P-179	Issa-Massad Khozouz Z.	P-1026, P-1110
Hurtado Ganoza A.	P-18	Iza de Pablo J.	P-1329, P-327, P-940
Hurtado García CE.	O-168	Izquierdo Bonillo R.	A-1531, A-845, P-1017, P-693
I G A.	A-1584	Izquierdo Gomar A.	A-1619, A-850, P-1789, P-1792, P-59, P-1045
Ibáñez B.	O-491	Jacob J.	O-455, O-480, P-536
Ibáñez Elejalde E.	P-625	Jacob Rodríguez J.	O-458, O-503, P-243, P-26, P-454
Ibáñez Frías J.	P-401, P-408	Jaén Bedate E.	P-217
Ibáñez Pardo M.	P-121	Jaén Cañadas MM.	P-606
Ibáñez Pérez de Viñaspre JA.	P-560	Jaloud Saavedra E.	P-165, P-37, P-53, P-666
Ibero Esparza C.	A-1188, A-1578, A-1714, P-1009, P-1426, P-725	Janeski N.	P-1903
Ibrahim Achi D.	P-1075	Jarabo López YI.	P-25, P-1023, P-1032
Ichart Tomás X.	P-251, P-260, A-1145, A-1552	Javaloyes P.	O-286
Idoipe Rubio D.	P-1756, P-531	Javaloyes Victoria P.	O-912, P-234
Iglesias Cubero G.	A-1176	Javierre Loris MA.	A-1846, P-174, P-177, P-522, P-1797
Iglesias Fernández N.	P-928	Jesús Vázquez F.	A-192
Iglesias López S.	P-558	Jesús Vázquez I.	A-1545
Iglesias Martín P.	P-91	Jimena García M.	P-1252, P-1404, P-1437, P-316, P-697
Iglesias Oliva L.	A-1165	Jiménez S.	O-886, O-890, P-891, P-967
Ilzarbe Ucelay I.	P-164, P-361	Jiménez Aguilar AM.	P-667
Imaz Roncero C.	P-1689	Jiménez Alfonso A.	O-1315
Imbachy Zambrano N.	A-1716	Jiménez Aragón F.	P-587
Imperiali Rosario CE.	O-503	Jiménez Aranda P.	P-1512
Incera Alvear I.	P-1484, P-680, P-769	Jiménez Ausejo L.	P-177
Inestal Jareño S.	P-91	Jiménez Bretones Z.	A-1139, A-780, P-641, P-740
Infante Reyes D.	P-762	Jiménez Burruezo D.	P-1671
Insausti Lorduy MA.	A-73, A-796, A-1714, P-676, P-1462, P-1515	Jiménez Carrilero V.	P-208, P-209
Iravedra García M.	P-1013, A-850, P-752	Jiménez Casado M.	P-1424, P-945
Iribarren Albisu-Irribere P.	P-347	Jiménez Casado MM.	A-1273
Iribarren Lorenzo N.	A-791, O-455, O-480, P-1379	Jiménez Cerdán E.	P-4
Iribarren Lorenzo PN.	P-241	Jiménez de la Cruz L.	O-1741
Irigoyen Von Sierakowsky A.	P-1756	Jiménez Díaz G.	O-439





ÍNDICE DE AUTORES

Jiménez Fábrega FX	O-376, P-1637, O-372	Jodra Pérez J	P-17
Jiménez Fraile JA	O-1733	Jordán Domingo M	A-1273, O-1216, P-1011, P-1232, P-1344, P-1370, P-468
Jiménez Gómez JJ	P-176	Jorge Carpio A	P-1771
Jiménez Hernández S	O-194, O-195, O-202, O-497, O-875, O-879	José Parra J	P-717
Jiménez Hidalgo C	O-449, P-1643, P-330, P-43, P-44, P-45, P-649	Juan Espert F	P-634, P-663
Jiménez Labai P	O-441	Juan García Y	P-1012
Jiménez López RJ	P-310, P-329	Juan Pastor A	O-447
Jiménez Lozano MA	P-1327	Juárez de Sosa S	A-1535, A-1632, P-1040, P-1322, P-1432, P-1802, P-737, P-738, P-773, P-991
Jiménez Luján E	P-233	Juárez González R	P-1265, P-534
Jiménez Marín D	P-233	Juliench Liesa S	P-256
Jiménez Martínez E	A-1553, A-1555, P-1054, P-1791, P-754	Junco García A	O-279
Jiménez Martínez J	P-63	Junquera Crespo M	P-1095
Jiménez Martínez L	P-217	Junquera Vega L	P-658
Jiménez Mediavilla JJ	P-412	Junyent Priu M	O-444
Jiménez Muiños F	A-1170	Jurado Carmona A	P-1295
Jiménez Murillo L	P-1290	Jurado Carmona AM	A-1196, P-250
Jiménez Olla J	A-1726	Jurado Mancheño MJ	A-334, P-1482, P-1821, P-317
Jiménez Parra M	P-1059, P-1668, P-1813, P-951, A-1279, A-1282, P-1031, P-1254, P-1259, P-1262, P-722	Jurado Otero M	A-1139
Jiménez Redondo M	P-208, P-209	Jurado Román A	P-727
Jiménez Ríos A	P-48	Jurado Sánchez MA	P-228
Jiménez Ruiz E	A-797, P-956	Justo Morato S	O-351, O-369, P-359, P-362
Jiménez Sahelices P	P-321	Juvinyà Canal D	O-374
Jiménez Santana I	P-462	Kanaan Kanaan A	P-1765
Jiménez Velasco I	P-1244	Ko Bae M	P-1015
Jiménez Vientemilla C	P-1102	Krasniqi G	P-1763
Jiménez Zurita P	P-1018	Krivocheya Montero A	A-1288, P-1253
Jiménez-Herrera M	P-389	Krivocheya Montero JM	A-1187, A-1205, A-1281, A-1288, A-1870, A-344, P-1053, P-1063, P-1252, P-1253, P-1404, P-1437, P-1793, P-300, P-316, P-320, P-697, P-709
Jimeno Asensio M	O-460, P-1323	Krompiewski Fernández A	O-914, P-1301
Jodar MD	P-234	Krompiewski Fernández V	P-35
Jodar Manzanera V	O-892		





ÍNDICE DE AUTORES

L F I	P-1044	Larré Muñoz MJ	A-1130, P-1340
L G N	P-1362	Larrea Redín A	P-348, P-367
Labajo Montero L	A-1859, P-1021, P-1700	Laserna del Gallego C.	P-1897, P-741
Labrador Hernández M	A-1141, A-1633, P-1338	Lasheras Gil C	A-1576
Labrador Hernández MJ	O-1315, P-1113, P-621, P-958	Lata Torres M	P-1517
Laca García SI	O-505, P-516	Latatu Córdoba P	O-156
Lacalle Remigio JR.	A-431, O-370	Lau Cheng A	P-1456
Lacarra Saso P	P-119, P-136, P-141	Lavedán Santamaría R.	A-814
Lafuente Guerrero I	P-1350	Lavia G	A-1607, P-686
Lafuente Salanova F	P-1267, P-1414	Lavín Díez F	P-1387
Lagares Santana E	A-1138, A-1177, A-1195, A-1200, A-1207, A-1537, A-1541, A-1613, A-828, P-1046, P-148, P-1823	Lázaro Aragüés FJ.	P-254
Lago Antón S	P-1239	Lázaro Aragüés P	P-488, A-1148, A-1148, A-1598, A-1872, A-805, O-473, P-1415, P-528, P-529, P-595, P-894, P-908, P-970
Lago Esteve S	O-1311, O-286	Lázaro del Nogal M	A-829, O-1310, O-1311, P-278, P-303
Laguna Carrero AL	A-1274	Lázaro Giménez I	P-175
Lahoz Rodríguez D	P-219	Lázaro Gómez MJ.	P-1427
Lahoza Pérez C	P-1344, P-232	Lea Pereira MC.	O-1212
Lahoza Pérez MC	A-1273, O-1216, P-1011, P-1232, P-1370	Lechuga Martos JL.	O-1294, O-459, P-1665, P-1778
Lain Teres N	P-1763	Leco Gil N	P-1115
Laínez Martínez S	P-723	Lecumberri Muñoz J.	P-1516
Lamas Fernández I	P-255, P-268, P-282, P-383, P-391	Legarreta Olabarrieta MJ.	P-980
Lana Soto R	A-829, P-278	Legaz Moreno ME.	P-1883, P-1886
Langa Fernández A.	A-1570, A-332, P-1368, P-1751, P-1783, P-306, P-601, P-708, P-985	León V.	A-1176, P-570
Lanza Gómez JM	A-1853, A-856, P-318, P-326	León Arévalo I	A-1192, A-1193, A-1706, A-859, P-1085, P-1692
Lapuerta Irigoyen L	P-17, P-517, P-689	León Argüero V.	A-85, P-623, P-658
Lara Cachinero P	A-1126, A-1162, A-1865, A-781, P-1806, P-60	León Castelao E	P-389
Lara Duarte H.	P-1681, A-1860, P-1476, P-1900	León Jiménez D.	A-1877
Lara Lara J	A-1201, A-1596, P-1787	León Medina A.	P-1044, P-1321
Lara Lara JG.	P-1457, P-672	León Miranda N.	A-775, P-1112, P-1485
Lara Torre M.	P-717, A-1275, P-1002, P-15, P-668	Lera Mateos M	P-1776
Largo Pau J	P-1071, P-932	Les González J	P-613
		Lidón Mazón A.	P-1679





ÍNDICE DE AUTORES

Ligorit Palmero C	P-1667	Lobo Cortizo I.	A-1523, A-1630, P-1355, P-551
Lillo Echeverría Y	P-610	Lobo Ferreira P.	A-1862
Lima Mourao C.	P-1360	Lobo Ferreira SP	P-86
Linares Gancedo J.	P-62	Lobo Valentín R.	O-466, P-465
Linares Rodríguez C	P-100	Loma-Ossorio Mahave M.	P-103, P-112, P-118, P-1661
Linares Valls L.	A-1609	Lombana Castillo A.	O-513, P-596
Lindo Noriega A.	A-1721	Lombardi A	P-1044
Liñán López M	O-205, P-1219	Loncan Margalejo MD.	P-1749, A-1704
Lisa Gracia M	A-338, P-1363, P-1367, P-1413, P-1460, P-1479, P-1508, P-639, P-645, P-712, P-761, P-992	Longo Alonso C	P-1368, P-306, P-601, P-708
Lizardo Sangiovanni BM	P-1793	Lopera Lopera E	O-168, P-1074, P-308, P-716, P-959
Lizarzaburu Recalde L	O-95	López F	P-570
Lizcano Lizcano A.	P-1226	López Aguilar M.	A-341, P-525, P-561
Lladós Bertran G.	O-882, O-901	López Aguilar MM	P-1337, P-215
Llamas Marcos C	P-544	López Albarran Y	P-1506, P-760, A-1189, A-1575, P-1060, P-1234, P-1249, P-1263, P-610, P-661, P-699, P-755, P-767, P-990
Llaneras Artigues J	P-604	López Alonso A	A-1285, A-1570, A-1634, P-1368, P-1783, P-708, P-9
Llarré Muñoz MJ	P-1790	López Alonso SR.	P-100
Llinares Antón M.	A-837, A-1151, A-1603, A-808, P-1025	López Altimiras X	O-474, O-507, P-506
Llobet Pina C	P-251, P-260, P-272, P-926	López Ballesteros A.	O-287
Llopart Núñez LL.	P-1683	López Barrios A	P-1078
Llopis García G	P-535, P-55, P-732	López Benítez B	P-1410, P-724, P-1224, P-1374, P-642, P-748
Llopis Roca F	O-458, P-213, P-238	López Brasal L	P-1229
Llor Zaragoza P	P-994	López Bravo R	A-151, P-139
Llorens C	O-206	López Cabeza N	P-401, P-408
Llorens P	P-454, P-536	López Cañas B	P-523
Llorens Soriano P	O-447, O-458, O-475, O-495, P-234	López Carretón E	P-259
Llorente Rojo A	P-1405	López Casanova MJ	O-211, O-441
Llorente Rojo AC	A-1707, P-605, P-670	López Corcuera ML.	P-1468
Lluch Sastriques A.	P-496	López Cuartero P	P-217
Lluna Llorens AD	P-220	López de Goicoechea Saiz ME.	P-768
Lo Iacono García V.	A-75, P-1406, P-547	López de Uralde Pérez de Albeniz E.	P-655
Lobato Prieto T	A-1529, A-1183, P-1022, P-1255, P-1405, P-499		





ÍNDICE DE AUTORES

López Díaz MR.	A-818, P-1068, P-1297, P-1663, P-1830, P-1889, P-609	López Lallave S.	P-1820
López Díaz R.	A-1137, P-1675, P-1805, P-633	López Legarra G.	P-625
López Díez MP.	P-737	López Lesmes B.	P-109, P-235
López Díez P.	A-1175, O-448, P-1467, P-991	López Llerena A.	P-662
López Escudero S.	P-591, P-703	López Llerena AM.	P-1082, P-1372, P-1497
López Escuin J.	O-888, P-575	López López C.	A-1904
López Fernández A.	P-260	López López F.	A-1551
López Fernández D.	P-1465, A-1566, A-1839, A-432, A-854, P-1051, P-1100, P-1246, P-1408, P-1447, P-1755, P-1785, P-321	López López M.	P-179, P-52
López Fernández I.	P-1012	López López S.	P-1488
López Galindo MP.	P-723	López Mancha I.	P-1882
López García MA.	A-1153, A-857, P-1799	López Maqueda E.	P-139
López García de Longoria V.	P-37, P-53, P-666	López Martínez JL.	O-910
López Garzón E.	P-583	López Martínez T.	P-548, P-937
López Gómez EA.	A-1618, P-695	López Menéndez L.	A-1523, O-435, P-1355
López González A.	O-154	López Miralles C.	P-130
López González R.	P-1223, P-1327, P-1476, P-165, P-1670, P-484	López Montes MC.	P-1828
López Guio ME.	P-547	López Navarro D.	P-1326
López Hernández A.	P-228, P-288, P-292	López Pereira F.	O-1727, O-1728, P-365
López Hernández I.	P-288, P-292	López Pérez J.	P-1267, P-1395, P-1396, P-1414
López Hernández M.	A-1616, A-1704, P-252	López Pérez JJ.	A-1208, P-1671
López Hernández P.	P-643, A-1571, P-1689, P-1698, P-1808	López Piedra J.	A-1726
López Herrero N.	P-988	López Prada B.	A-1528
López Hervas CM.	P-723	López Riquelme P.	P-1334
López Idígoras J.	P-610	López Rivas JC.	P-632
López Izquierdo R.	A-1594, O-1296, O-171, O-173, O-452, O-466, P-1092, P-1772, P-297, P-465, P-884, P-900, P-903, P-915, P-929, P-931, P-933, P-946	López Rodríguez S.	P-1897
López Laguna MN.	A-1714, A-73, A-796, P-676	López Ruiz E.	P-1736, P-1740
López Laguna N.	P-1426, P-1462, P-1515, P-247, P-725	López Sánchez A.	A-1124, A-1126, A-1162, A-1865, A-71, A-781, P-1047, P-1074, P-1806, P-308, P-60, P-671, P-716, P-959, P-976
López Lajarín D.	P-917	López Sánchez J.	P-1731
		López Sánchez R.	P-1002, P-15, P-668, P-977
		López Seijas CS.	A-822, A-866
		López Tarazaga A.	A-1571, P-1357, P-1419





ÍNDICE DE AUTORES

López Tens P.	A-1610, A-1631, A-1839, A-1867, A-826, P-1357, P-1911, P-657	Lull Sala J.	P-1378
López Uran AM	P-918	Lumbreras Castillejo MA	P-119, P-136, P-141, P-217
López Valcárcel R	P-456, P-999, P-443, P-500	Lumbreras Gonzalez V	A-1874, P-1443
López Varas MA	P-1244, P-1366	Lumillo Gutiérrez I.	P-1442, P-197, P-203, P-626
López Vázquez A	P-751	Luna Granizo L.	P-1654
López Vengut F	O-444	Luna Valero M	A-1559, P-616, P-975
López Vilar C	P-1897, P-563, P-741	Luna Valero MI	A-1577, P-1480
López Zacarez S.	P-614	Lupiañez Seoane P	P-749, P-1326, P-1641, P-587, P-685
López-Lomba M	P-930	Luque Hernández MJ.	P-48
López-Tápper Irazabal L	P-1468	Luzardo López G	A-1860, P-1022, P-1062, P-1255
Lora Coronado MP	A-1547, A-797, A-831, P-1086, P-1373, P-1807, P-956, P-982	M B J.	P-1012, P-1321
Lorca Gutiérrez R	A-1176, P-1109, P-570, P-766	M G S.	P-395
Lorca Serralta M	P-1510	M S A	P-116
Lorenzo Almoros A	P-902, P-1514, A-1852	M T MJ	P-378
Lorenzo Coss C	P-650	Mac Gowran B.	P-289
Lorenzo Garde L	P-1042, P-1441, P-1688	Maceira Failache M	P-1266, P-1669
Lorenzo Martín R	A-427, P-123, P-1377	Machado Reyes A.	P-685
Lores Domínguez M.	P-1798	Machín Muñoz E	A-84, O-169
Losada Ruiz S.	O-486, O-876	Machuca Calvo D.	P-1356
Loscos Aranda S.	O-485	Macián Cerdá A.	P-1488
Lozano Araujo V.	P-248, P-632	Macías López A	P-1659
Lozano Espinosa M.	P-1222, P-1230, P-1231, P-1325, P-1451, P-225, P-637, P-665, P-674, P-698, P-1391	Macías López AJ.	P-748
Lozano Polo L	O-1302, P-523	Macías Robles MD	P-313, P-323, P-328, P-49
Lozano Ruiz-Poveda F	P-727	Madera Amor JR.	P-361, P-364
Lozano Torrubia N	P-1423	Madera González E	P-1449
Lozano Vicente A	A-803, P-593, P-647, P-718, P-772	Madrid Ferreiro V.	A-1137, P-1297, P-1675, P-1805, P-1889, P-1898, P-29, P-633, P-978
Lubian Martínez M	P-468, A-814	Madrid Ferreiro VM	A-818, P-1068, P-1663, P-1830, P-609, P-614
Lucas Galán FJ	O-154, O-1741, P-1000, P-1388	Madrid Peñalver A	P-396
Lucas Imbernón FJ	O-154, O-1741, P-1000, P-1292, P-1388	Madrigal García EM.	P-131
Lucas Ramos M.	P-165	Madrigal Sánchez E	A-851
Lucena González MJ	P-1763	Madrigal Valdés J.	P-662
		Madrigal Valdés JF	P-294, P-298





ÍNDICE DE AUTORES

Maestre Rojas R	P-244	Marchán Martín A	P-592
Maestro Gilmartín LM	P-1223, P-1327	Marchante Tejada C	P-165, P-246
Magallanes Gamboa JO	P-1265	Marchena González MJ	P-1303, P-1314, P-1331
Magallón Puy JA	A-1704, A-802, P-1749	Marco Berna A	A-1872, P-1415
Magán Martín Al	O-461	Marco López C	A-847, P-1439, P-1756
Maganto Sancho A	P-1075	Marco Moreno I	A-862, A-867, P-1333
Magdalena Fernández C	P-417	Marcos Alba J	P-1660
Magdalena Fernández MC	P-34	Marcos Alba JA	P-1027
Mahrady O	A-1529, P-1681, P-1672, P-1824	Marcos Alonso M	O-346, O-352, P-164, P-176, P-186, P-361, P-364
Mahrady Benjelloun O	P-1885, P-499	Marcos Calles P	P-625
Maiso Merino E	P-1250	Marcos Castro C	P-398
Maldonado Santiago AM	A-1560, P-1039, P-612, P-664, P-746, P-1450	Marcos Jiménez S	O-104, P-132, P-437
Malia M	A-837	Marcos Pérez F	P-364
Malia Pérez M	A-1151, A-1603	Marcos Sánchez F	P-1265, P-927
Malia Pérez MA	A-808, P-1025	Marcote Ibañez C	P-645, A-338, P-1363, P-1413, P-1460, P-1479, P-1508, P-639, P-712, P-761, P-992
Malvar González S	O-95, P-255, P-268, P-282, P-383, P-391	Marí Lopez A	A-1145, P-272, A-1552, A-275, O-276
Manclús Montoya L	P-1034, P-1057, P-618	Marián Brigidano E	P-705
Manjarres Henríquez F	P-679	Mariel Matus L	O-1298, O-1313, P-1307, P-501
Manjón Torres L	A-1156	Mariel Soler P	P-1307
Manrique Muruzábal L	P-217	Marín Arregui R	P-248
Manso García S	P-702	Marín Casino M	O-1648
Mantiñán Vivanco I	P-1461, P-1048, P-1091, P-713	Marín Fontana MJ	P-125, P-130
Manzanero Gualda MA	P-1392	Marín Martín J	P-167, P-233
Manzano Felipe MA	P-1341, P-673	Marín Martínez JM	A-1533, A-788, P-1451, P-207, P-225, P-299, P-637, P-706
Manzano Luque M	P-1398, P-265	Marín Morón F	A-81, P-1804
Manzano Martín MI	P-1821	Marín Serral JA	A-1164, P-1036
Manzano Sánchez A	P-969	Marinero A	P-1660, P-47
Manzur Rojas P	A-1533	Marinero Noval C	A-1523, A-1630, P-1355, P-551
Mañá González M	O-98	Marino Marino AB	P-1774
Mao Martín L	A-1144, P-1339, P-1662	Marmesat Montes A	A-1186, A-1194, P-1328, P-1347, P-1471, P-1760, P-1829, P-683
Marabé Carretero G	P-1339		
Marcelín JE	A-1616, P-1749		





ÍNDICE DE AUTORES

Maroto Martín S	P-1087, P-261, P-58	Martín Mora JM	P-1026
Maroun Eid C.	O-897, P-1758	Martín Núñez LM	O-461
Márquez Sánchez V	P-643	Martín Olmedo PJ	A-1618
Marquina Peralta O	P-267, P-324, P-423	Martín Ortega MA	A-1868
Marrero Martínez IC	P-244	Martín Páez A	A-1177, A-1541, P-1046, P-1823
Marroyo Salazar M	P-655	Martín Pellús C.	A-1132, A-336, P-1093, P-1779
Martakoush Maria A	P-1251, A-1166	Martín Peñuela J	A-1715
Martí Carrizosa G	O-440	Martín Pérez A	P-1077, P-569, P-594
Martín Acero T	P-278, P-303	Martín Pérez B	A-1571, A-1724, A-787, O-172, P-1689, P-1698, P-1808, P-379, P-521, P-574, P-764, P-973, P-988
Martín Aires A	P-1090, P-1635, P-1640, P-1645, P-1893, P-240, P-638	Martín Pérez MA	P-1762
Martín Andreu M	P-411, P-414	Martín Poveda MA	P-359
Martín Balbuena R	P-37	Martín Quiles T.	P-1466, A-775, P-1112, P-1250, P-592
Martín Caravante S.	P-100, P-1247	Martín Quirós A	O-157, O-897, O-898, O-92, P-1758
Martín Casquero T	O-1, O-883, P-31	Martín Ramos N	P-1695, P-682
Martín Combarro A.	P-661	Martín Rodríguez F	A-787, P-379
Martín Esteve I	P-1005	Martín Rodríguez LM.	P-1697
Martín Esteve IM.	A-1133, A-1284, A-1717, P-1084, P-1256	Martín Sánchez A.	A-1860
Martín Fonseca R	P-1816	Martín Sánchez F	O-1310, O-290
Martín Gómez G	A-1555	Martín Sánchez FJ.	O-436, O-447, O-459, O-479, O-494, O-495, P-1316, P-1819, P-253, P-451, P-462, P-558, P-573
Martín González M	A-149	Martín Sánchez J	O-1311
Martín Horcajo R	O-474	Martín Sánchez M	P-1336, P-1374, P-642, P-943, P-997
Martín Iglesias D.	P-1420	Martín Sánchez R	P-143
Martín Jiménez M	A-1550	Martín Tomero N	O-1727, O-1728
Martín Jiménez ML	P-1037, P-1239	Martín Ureste I	A-1183, A-1707, A-1849, A-1860, P-1814
Martín López B.	P-301	Martín Valtierra T	P-1505
Martín López J	P-301	Martín Vélez MR	A-798
Martín López L	O-104, P-132, P-437	Martín Vélez R	P-1058
Martín Marcuello J	O-1302	Martín Vélez RM.	P-1674
Martín Martín A	P-303	Martín Villena B	A-1627
Martín Martín C	P-199	Martín-Sánchez FJ.	P-535, P-536
Martín Martínez A	P-1334	Martín-Sonseca Rodríguez A	P-52
Martín Millán M	P-941		





ÍNDICE DE AUTORES

Martín-Vivaldi Jiménez A	P-1795, P-758	Martínez García Al	P-100
Martinetti Miesusset V	P-994	Martínez Gil M.	A-1168
Martínez MJ	A-801	Martínez Gil R	P-1892
Martínez Acevedo E	P-1290	Martínez González F	O-97
Martínez Agüero M.	O-6, P-40, P-56	Martínez Gutiérrez A	P-1356
Martínez Albendiz A	P-580	Martínez Hernández E	P-116
Martínez Alcaraz A.	A-812, P-1777	Martínez Herráez MR	P-219, P-226
Martínez Ardil IM	A-1567	Martínez Ibán M.	A-1600, A-1634, A-1723, A-433, P-1449
Martínez Barreira B.	A-822, A-866	Martínez Ibáñez M	A-1559, A-1563, P-1507
Martínez Barrio E	P-1089	Martínez Ibáñez P.	P-1333
Martínez Bausela J	O-172, O-477, P-223, P-379	Martínez Illera J	A-1128, A-1535, A-1632, P-1040, P-1432, P-1802, P-636, P-737, P-738
Martínez Benito P	O-156	Martínez Isasi S	O-97
Martínez Bravo LF	P-1884	Martínez Lago M	P-566
Martínez Buendía C	P-32, P-48	Martínez Lerma E	P-1222
Martínez Burgoa T	P-278	Martínez Llana C	A-1858, A-1723, P-1449
Martínez Caballero C	P-1468	Martínez López JF	P-32
Martínez Cañamero A.	P-635	Martínez López MJ	A-803, P-593, P-647, P-718, P-772
Martínez Chamorro E	A-1626	Martínez Lorenzo ER	P-1763
Martínez Cobos AV	O-444	Martínez Marco MT A-1144, A-1181, A-855, P-1103, P-1453	
Martínez de las Cuevas G	P-1367	Martínez Marín LM	P-709
Martínez de Mandojan Hernández J.	A-1874	Martínez Márquez A.	P-53, P-666
Martínez Delgado F	A-1846	Martínez Martínez JM	A-1560, P-1039, P-1450, P-612, P-664, P-746
Martínez Delgado R	P-1803	Martínez Martínez ML	P-1228
Martínez Díez M.	O-1216, P-1011, P-1232, P-1344	Martínez Martínez S	P-134, P-135, P-144, P-654, P-99
Martínez Diz S	P-1795, P-758	Martínez Martínez V	P-119, P-136, P-141, P-217
Martínez Domínguez MA.	A-1717	Martínez Mas A	P-29, A-1567
Martínez Fernández A.	P-17	Martínez Medina O	O-460
Martínez Fernández CM	P-328	Martínez Moreira ME	O-97
Martínez Fernández E	P-227	Martínez Morentín M	A-1548, P-392
Martínez Fernández JL	A-1848, A-774, A-868, P-742	Martínez Motos A.	P-39
Martínez Fernández L	P-658	Martínez Motos AB	P-1477
Martínez Fort M	P-1786, P-584		
Martínez García A	P-529, P-908		





ÍNDICE DE AUTORES

Martínez Navarro N	A-1841, P-1491	Marzo Miedes MJ	A-808
Martínez Nicolás I	P-224	Massie Mebuy A.	P-1345
Martínez Olaizola P	P-508	Mata Sánchez I	A-1557, P-1018, P-1504, P-270
Martínez Ortiz de Zárate M.	P-508	Matamoros Hernández J	P-1034, P-1057, P-618
Martínez Pascual M	P-1033	Matas Lara AM.	P-1452
Martínez Piedra J	P-467	Matas Sánchez I.	A-1715
Martínez Piera S.	A-1179, A-834, A-853, P-1499, P-701	Mateo MI.	O-886
Martínez Prieto V	A-1196, P-1295, P-1358, P-1493, P-1729, P-250, P-580, P-939	Mateo Chaparro FM	P-1517
Martínez Ramírez M	A-1271, A-1272, A-1721, A-804, A-82, O-159, O-161, P-1228, P-4, P-617, P-677	Mateo Gallego L.	P-923
Martínez Rodríguez FJ.	A-823, A-869, P-1685, P-1817, P-422, P-736	Mateo Perea G.	P-311
Martínez Rodríguez MM	O-489	Mateo Roca M	A-789
Martínez Roldán RM	A-1870, P-1053, P-1253	Mateo Sánchez L	O-463, P-1665, P-451
Martínez Ros C.	A-1533	Mateo Segura Z	P-1424
Martínez Ruiz RM	P-939	Mateo Urdiales T	P-199
Martínez Saldumbide S	A-1137, A-818, P-1068, P-1297, P-1663, P-1675, P-1805, P-1830, P-1889, P-1898, P-609, P-633	Mateos Chapar FM.	P-1088
Martínez Sanchís C.	A-1538	Mateos Chaparro FM	A-1275, O-210, P-1016
Martínez Sandoval F.	P-1884	Mateos Iglesias B	P-49
Martínez Sañudo LL.	O-1744	Mateos Madrid C.	A-1539, P-1495
Martínez Suárez E	A-1562, P-575, P-938	Mateos Madrid MC	A-873, P-1458, P-664
Martínez Valero MJ	A-1148, A-1598, A-1872, A-805, P-1387, P-1415, P-595, P-970	Mateos Rodríguez A	P-403, P-413
Martínez Viñuela IM	P-1004	Mateos Sánchez L.	O-1298, O-1313, P-1307, P-501
Martínez Virto A.	O-897, P-163, P-1758	Matía Cubillo AC	P-1076, P-730
Martínez Vizcaino V	O-154	Matías Soler P	O-1294, O-1306, O-1313, P-1665, P-1778, P-501, P-732
Martínez Zapata JM	P-207, P-299	Matilla Pardo L.	P-65
Martins Da Silva AL.	O-466, P-465	Matín-Sonseca Rodríguez A	P-179
Martorell Almu O	P-405	Matos Castro S.	P-1750
Martorell Campins C.	P-415	Matus L	A-1118, O-1294
Martos García S.	A-1593, A-1905, P-1887	Matus LM.	O-463
Martos García SA.	P-264	Mauri Cardona A.	P-974
		Mauri Plana A	O-892, P-921
		Mauri Plana M	A-1562
		Mauriz Ballester M	P-271





ÍNDICE DE AUTORES

Maúrtua Briseño-Meiggs A.	A-1571, P-707	Melo Toledo E.	A-1178, A-1708, P-946
Mayea Sánchez F.	A-1622	Melo Toledo EP.	A-429, P-973
Mayol Barrera S.	P-183	Membiola Jurado MC	P-1729
Mayol Villescas M.	P-994	Membrado Ibáñez S.	P-1637
Mayoral Canalejas N.	A-1129, P-568, P-996	Menacho Gabardino J.	P-1651
Mayoral Sánchez MT	P-1070	Mendarozketa Gómez E	P-348, P-367
Mayoralas Palomo MV	A-819	Méndez Bailón M.	O-479, P-535
Maza Vera MT	P-1079	Méndez Desena S.	A-1716, P-1300, P-1394
Mechbal Gracia L.	A-1124, A-1126, A-71, P-1047, P-60	Méndez Rodríguez E.	A-1174, A-1525, A-1528, A-1874, A-343, P-1443
Medialdea Dziatzko V.	P-41, P-989	Mendia Bilbao I	P-936
Medina Abellán M	P-1417, P-424	Mendoza Flores C	P-384
Medina Abellán MD	P-948	Mendoza Lizardo SS.	A-786, P-996
Medina Álvarez J	A-827	Menéndez Gómez JL	P-1366
Medina Álvarez JC	O-513, P-11, P-1309, P-221, P-596, P-771	Menéndez López L	P-551
Medina Camean AB	O-505, P-516	Menéndez Maldonado S.	P-16
Medina Carrizo A.	O-200	Meneses Yaruro MT.	P-1757
Medina Díaz J	P-1042	Méntrida Rodríguez J	P-1466
Medina Fernández A	P-591, P-703	Mercado Pardo A.	P-410, P-496
Medina Ortega JA	P-1334	Merchán Rosello R	P-1431, A-1869
Medina Pardo M	O-159, O-161	Merino Arribas JM	A-339
Medina Recio F	P-1001	Merino Bueno C	P-1403
Medina Ruiz S	A-1142, A-1206	Merino Díaz T	A-1722
Medina Villanueva A.	P-1896	Merino García M	P-1462, P-1515
Medrano Morte I	P-220	Merino Núñez F	O-489
Megía Llamas C	P-289	Merlo VE	P-1071, P-932
Megía Morales C	A-829	Merlo Loranca M	A-333, O-497, O-886, P-891
Megía Sánchez MV	P-289	Merlo Serrano A.	A-845, P-1017
Megía Sánchez V	A-851	Mesa Ramos G.	A-1557, P-1018, P-1504, P-270
Mejía Castillo M.	P-1001, P-1432, P-42, P-738	Mesa Ramos GR	P-1509
Mejía Castillo MA.	P-1322, P-1365	Mesa Ramos RG	A-1711, P-1104, P-554, P-556
Melero Cabeza S	P-1348, A-1615, P-634, P-663	Mesa Vega A	A-1283, A-1588, A-1591, A-1837, A-1838, A-844, P-1218, P-1220, P-1299, P-739
Melgar de Mena MR.	P-550		





ÍNDICE DE AUTORES

Mestre Blasco C	P-130	Moche Loeri J	A-1602, O-460, P-1478, P-1772
Micheloud Giménez D.	P-1075	Modol Deltell JM.	O-204, O-878, O-882, O-901, P-917
Miguel Campodarbe M.	P-256	Mohamed Amar A	P-1252
Miguel Formariz R.	P-630	Mohamed Mohamed M.	A-1205
Migueláñez Valero A.	P-1411	Mohamed Mohand N	A-1187
Miguens Blanco I	P-1234, P-1263, P-234, A-1605, A-1879, P-1398	Mohedano Mohedano R	A-1624
Milian Donet C.	O-887, P-523, P-607	Moldenhauer Díaz F	P-1236
Millán Acero AR	P-1474	Moleón Rodríguez F	P-1058
Millán Donet C.	P-1459	Molero Sala L.	O-892, P-921
Millán López S	P-394, P-539	Molina Alcántara MC	P-696
Millán Montilla ML	A-1547, A-1878, A-800, A-831, P-1086, P-1227, P-1354, P-644, P-982	Molina Anguita M.	A-1269, A-819, P-1268, P-1390, P-28, P-727
Millán Soria J.	P-1044, P-1321	Molina Anguita MF	P-28
Millet L.	P-579	Molina Ávila P	A-1550, O-279, P-1037, P-1239, P-1319
Millet Andreo L.	P-101	Molina Barriga G	P-650
Minaya González F	P-754	Molina Delgado I	P-1337, P-1376, P-215, P-525, P-561
Minciuna E.	P-620, P-995	Molina Delgado MI.	A-341
Mínguez Masó S	O-211, O-441	Molina Galbraith D.	A-1709, P-576, P-600
Minguito Parra C	P-1411	Molina García AM	P-176
Minuesa García M	P-1388	Molina García P.	P-1421
Miñarro García RM.	O-912, A-1622	Molina Llorente H	O-450, O-502, P-514, P-924
Miralbés Casterá FJ.	P-1291	Molina Llorente P	P-1910
Miralbés Torner M.	P-1291	Molina Martos A.	P-572
Miranda Camarero E	P-1455, P-1767	Molina Moya M	O-888
Miranda Gallardo MD.	P-1729	Molina Osorio E.	P-307
Miranda García M	A-1166, P-1251	Molina Osorio ME	P-1800, P-305
Miranda Rodríguez A	P-1441, P-1688	Molina Osorio N	P-1800, P-305, P-307
Miranda Sancho E	A-1606	Molina Pérez de los Cobos E	P-1304
Miravet González P	O-102	Molina Ruano R	P-1795, P-758
Miro O	P-26, P-536	Molina Rueda J.	P-758
Miró Andrei O	O-194, P-101	Molina Rueda MJ	P-1795
Miró Botella P.	P-1650, P-445	Moline Moreno MP	P-689
Miserachs Sala M.	O-881, P-921	Moliné Pareja A	P-1890





ÍNDICE DE AUTORES

Moliner Zanón B.	A-1179, A-834, A-853, P-1499, P-701	P-1264, P-1378, P-1389, P-581
Molinero Sanguino B.	P-358	
Molón Adell G.	P-1639	
Molto García B.	P-1029, P-704	
Molto García MB.	P-966, A-798, P-1674, P-961	
Momblan García MJ.	A-1153	
Monclús E.	P-916	
Mondéjar Solís T.	P-1467, A-1175, A-1521, A-1583, P-1661	
Monedero La Orden J.	A-1271, A-1272, A-1538, O-159, O-161, P-1330, P-222, P-617, P-677	
Monforte Escobar F.	O-166, O-352, O-88, P-186, P-361, P-364, P-365	
Monge Bronchalo M.	A-1181, A-855, P-1099, P-1103, P-1445, P-1453, P-1662	
Monreal Arnal E.	P-1470	
Monroy Gómez C.	A-1269, A-776, A-819, P-1326, P-1390, P-1641, P-28, P-587, P-685, P-727, P-749	
Monroy Gómez MC.	P-1268	
Montalva Barra J.	P-1044	
Montalvá García P.	A-1536	
Montarelo Navajo A.	P-412	
Monteagudo González L.	A-1872	
Monter Pérez M.	P-1911	
Montero Pérez FJ.	P-667	
Montero Pernudo T.	P-1641	
Montero Romero E.	A-1131, A-794, A-820, O-280, P-1080, P-1693, P-18, P-239, P-577, P-640, P-735, P-987	
Montes L.	P-1734, P-530	
Montes Castillo C.	A-778, P-731	
Montes Díaz DJ.	P-185, P-311	
Montes Fernández L.	O-1735	
Montes Jovellar Jordán M.	A-1175	
Montes Luna M.	A-1719, A-838, P-1033, P-1225,	P-1264, P-1378, P-1389, P-581
Montes Pérez M.	A-1610, A-1867, A-826	
Montes Pineda O.	P-968, P-984	
Montes-Jovellar Jordán M.	A-1175, P-1069, P-1467	
Montesa Lou C.	P-470, P-487, P-518	
Montesinos Cots J.	P-1455, P-1767, P-984	
Montiel Dacosta J.	O-892, P-921	
Montilla Santana J.	P-1381	
Montosa García R.	P-311	
Montosa Narváez E.	O-96	
Montoya Carrillo E.	P-675	
Montoya Sáenz R.	P-925	
Monzón Ballarín S.	A-1273	
Mora Bastante E.	P-1082, P-1372, P-1446, P-331, P-753	
Mora Bastante ES.	P-304	
Mora Cuesta V.	O-450, P-514, P-924	
Mora Cuesta VM.	A-1119, O-502	
Mora Gómez AL.	A-798, P-1029, P-1674, P-704, P-961, P-966	
Mora Hernández B.	A-1117	
Mora Mellado E.	A-153, A-1629, P-111, P-175	
Mora Yélamos J.	O-216, O-374	
Moraga Tena B.	A-1555, P-1791	
Morales Acedo MJ.	A-1557, A-1711, P-1018, P-1104, P-1351, P-1504, P-1509, P-270, P-309, P-554, P-556	
Morales Alcover C.	P-282	
Morales Alcover CM.	P-421	
Morales Alemán M.	P-994	
Morales Cané I.	A-428, O-371, P-138, P-404	
Morales Cardona G.	P-420, P-1114	
Morales Cevitanes ML.	A-1282, P-1254, P-1262, P-1788, A-1278, A-1279, P-1031, P-722	
Morales del Águila M.	P-1507, P-616, P-975	





ÍNDICE DE AUTORES

Morales del Águila MC	A-1577, P-1480	Moreno García S	A-1180, P-1320, P-1407, P-1418, P-1489, P-1511, P-1770, P-1822, P-425, P-565, P-598
Morales González A	A-1834	Moreno García Moreno García S	A-795
Morales González O	P-110	Moreno González A	A-1836
Morales Mármol A	P-1017	Moreno González M	P-1006, P-705
Morales Mármol MA	A-1531, A-845, P-693	Moreno Juste A	P-1424
Morales Monsalve V	A-81, P-1804	Moreno Martos Z	P-1063
Morales Navarrete M	A-1540, A-1713, P-1303, P-1314, P-1331	Moreno Mejía AG	P-252
Morales Proaño A	A-1862, P-180, P-86	Moreno Mejía G	P-1749
Morales Proaño AR	P-983	Moreno Millán E	O-1212, P-230
Morales Rodríguez A	A-1628	Moreno Montero I	A-1185, A-1546, A-1549, P-1342, P-1440, P-1498, P-1828
Morales Sánchez MJ	A-1187, A-344	Moreno Moreno M	P-540
Morales Sánchez S	A-1187, A-344, P-1437	Moreno Ortiz MD	O-1727
Morales Vázquez E	P-227	Moreno Osuna F	P-572
Morán Díaz MM	O-477, P-223	Moreno Pena A	A-1552, P-251, P-260, P-926
Moratalla Escribano CM	P-263	Moreno Planelles MA	A-815, P-1116
Moratalla Gellida G	A-1161	Moreno Ramírez JA	A-1877
Morato Moreno MB	P-130	Moreno Ramírez S	P-1226, P-1244, P-1463, P-972
Morell Jiménez V	P-1391, P-1788, P-1826	Moreno Sáiz R	A-1569
Moreno Basarrate G	A-83, P-590	Moreira Pérez P	A-1131, A-794, O-280, P-640
Moreno Calatrava F	P-1043, P-589, P-608, P-692, P-694, P-733, P-532	Moriel Santaella E	A-1711, P-1104, P-1509
Moreno Castellanos CC	A-1183, P-1022, P-1255	Morillas Bueno M	O-457
Moreno Caycedo C	A-1546, P-1498	Moro Mangas I	A-77, P-1245, P-23, P-38, P-563
Moreno Caycedo CA	A-1185, A-1549, P-1342, P-1440, P-1828	Moro Quesada D	A-85, P-623
Moreno Cuerda V	P-930	Moro Quesada DP	A-1705
Moreno Cuerda VJ	P-540	Moronta de La Cruz A	A-1716, P-1300, P-1394
Moreno Fernández M	A-1138, A-1177, A-1200, A-1537, A-1541, A-1613, A-828, O-890, P-1046, P-148, P-1823	Motrel Berjano B	O-512
		Moussa Abdi F	O-466, P-465
		Moya de la Calle M	A-1594, A-835, P-509, P-702, P-988
		Moya Hernández MJ	P-1639
		Moyano García R	P-1376, P-1397
		Moyano Maza JC	O-874





ÍNDICE DE AUTORES

Moza Moriñigo H.	P-1107	Muñoz Rodríguez JM.	P-705
Mulero Martínez MM	P-258	Muñoz Rubio E.	P-1013, P-1045, A-1619
Mulet Pons MJ	P-1481	Muñoz Rubio H	P-752
Mullor Navarro MJ	P-125	Muñoz Ruiz AL	P-922
Muntaner Muñoz L	P-615	Muñoz Sánchez MA	P-1753, A-809, A-858
Munuera Barahona MC.	P-219, P-226	Muñoz Triano E	P-212
Muñama Fuentes A	A-1117, P-1329, P-327, P-940	Mur Pérez AM	P-1423
Muñiz Alonso R	P-587	Murcia Olagúenaga A	P-1328, A-1186, A-1194, P-1347, P-1471, P-1760, P-1829, P-683
Muñoz Ayuso M	P-1304, P-224	Murciano Martí S	A-1164, P-1036
Muñoz Cacho P	P-271	Murga Malaxetxebarria N.	O-478
Muñoz Carrasco JL	O-346	Muriel Patino E.	P-1468, P-606
Muñoz Carril M	P-751	Murillo Díaz de Cerio I	A-1273, O-1216, P-1232, P-1370, P-1439
Muñoz Fernández L.	A-778, P-731	Murillo Fernández R	O-351
Muñoz Franco FM.	P-665	Murillo Romero A	P-617, P-677
Muñoz Galindo A.	A-1182, A-1850, P-1349, P-1401, P-691, P-955	Muro Fernández M.	P-964
Muñoz Gamito G	A-1168	Muro Fernández de Pinedo E.	P-1683, A-1612, P-690, A-1879
Muñoz García JC	A-1166	Naberañ Oñarte-Etxebarria E.	P-1329, P-327, P-940
Muñoz Gimeno L	P-1222, P-1325	Nacarino Moreno G	A-1553, A-1555, P-1054, P-1791, P-754
Muñoz Gimeno LM	P-665	Najarro de La Parra M	A-345, P-1696, P-22, P-51
Muñoz González Y	P-110	Naranjo Armenteros J	A-1850, P-1090, P-1893
Muñoz Hernández A.	P-1241	Narbona Fernández R.	A-1138, A-1200, A-1558, A-74, P-1096, P-1673
Muñoz Hernández I	P-1890	Navalpotro Pascual JM	P-613
Muñoz Lara F.	A-1138, A-1177, A-1195, A-1200, A-1541, A-1613, P-1046, P-1823	Navarro Adam A	P-624
Muñoz López RC	P-1828	Navarro Agüera JJ	A-1185, P-1440
Muñoz López de Rodas MC.	P-65	Navarro Amüedo MD	P-18, P-577
Muñoz Mancisidor M	O-372	Navarro Aparicio OD	P-1416, P-646
Muñoz Padilla P	A-1601, P-1392	Navarro Bustos C	O-447, O-449, P-1049, P-1221, P-1353, P-1891, P-330, P-43, P-44, P-45, P-526, P-649, P-934
Muñoz Pérez F	A-1836	Navarro Bustos MC.	P-1643
Muñoz Pintor M	P-1011, P-1344, P-1370, P-1474, P-470, P-518	Navarro Calzada J	A-1134, A-814, P-1335, P-925, P-960
Muñoz Remón E	O-160		
Muñoz Rodríguez F.	O-474		





ÍNDICE DE AUTORES

Navarro Carrillo A	A-1721, A-804, P-1228, P-4, P-617, P-677	Nicolau Far J	P-366
Navarro Carrillo P	P-1228	Nieto Caballero S.	A-1841, P-1491, P-1884
Navarro Cortés L	P-1519	Nieto González G	P-61
Navarro Díaz FJ	A-72	Nieto Huertos A	P-670
Navarro González D.	A-1188	Nieto Huertos AM.	A-1707, P-1762, P-1780, P-567
Navarro González P.	A-1719, A-838, A-862, P-1033, P-1225, P-1264, P-1378, P-1389, P-581	Nieto Molinet A	P-1426
Navarro Guiu E	P-1739	Nieto Sánchez S.	A-1604, A-1724, P-764
Navarro Jiménez G.	A-786, P-1454	Nieva Torme M.	P-147
Navarro López Fando B.	P-1832	Nieva Torme MS.	A-150, A-151, P-142
Navarro López Fando C	P-1832, O-1646, O-1732	Nieves Ureña C	P-397
Navarro Mingorance A.	P-311	Nogales García AI	A-1270, A-1527, A-1621, P-1469
Navarro Morales T	A-426, P-1007, P-1430, P-1833, P-191, P-619	Nogales Merino MB	P-1031, P-722
Navarro Moya P.	P-354	Nogales Nieves M	A-1852
Navarro Sánchez B.	P-759	Nogales Nieves MC	P-1514, P-902
Navarro Sanchís E	A-74	Nogue Xarau S.	P-1636, P-1666, O-1642, P-1682
Navarro Suay R	P-679	Noguera Zumbühl A	P-918
Navarro Villanueva M.	P-1639	Nogués Herrero M	A-1711, P-1351, P-1509, P-309, P-554, P-556
Navarro-González D.	P-725	Nolasco S	P-1456
Naveda Fernández J.	P-1697	Noriega Leyva R.	A-1209
Naves Gómez C.	O-382, P-399	Notario Barba V.	P-1265
Negro Rúa M.	P-578	Nova López D	P-698, P-1222
Negueruela García MB.	P-1517, P-717	Nova López DJ	P-1023, P-25
Neila Calvo S.	A-338, P-1363, P-1367, P-1413, P-1460, P-1479, P-1508, P-170, P-639, P-645, P-712, P-761, P-992	Noval de la Torre A.	P-1748
Neila Iglesias M.	A-1553, A-1555, P-1054, P-1791, P-1821, P-317, P-754	Novo Armesto C.	P-418
Nenclares Peña P	P-1065	Novo Armesto I	P-418
Netto C	P-243	Nuggerud Galeas SA	P-531
Nicastro E	A-1140, P-1012	Nunes Nancabú P.	P-1885
Nicolás Gálvez J.	P-207	Núñez Córdón JC.	A-1545, A-192
Nicolau Far G	P-366	Núñez Giovanetti J	A-192
		Núñez Giovannetti A.	A-1545
		Núñez González A.	O-200
		Núñez Hospital D	P-165, P-37, P-53, P-666





ÍNDICE DE AUTORES

O F J	P-388, P-395	Onteniente Candela M	P-242, P-537
Ocete Burgos G	A-1138, A-1200, A-1287, P-1035, P-1382, P-629	Ordás Lafarga O	A-274
Ochoa Mazarro D	O-1211, O-1214	Ordiz Suárez H	P-1305, P-1318
Ochoa Sepúlveda JJ	P-561	Orellana Gómez MY	P-1374, P-1410, P-642, P-724, P-748
Odriozola Romillo N	A-1522, O-210	Orgambides Domingo M	P-1818, P-319, P-952, P-962
Oger O	A-1714, A-73, A-813, P-1462, P-1515, P-247, P-676, P-725, A-796	Ormeño Victorero G	O-474, O-507, P-506
Olalla Linares JE	P-1226, P-1366	Oró Fontova J	A-1593, P-267
Oleaga Goya FJ	P-199	Oropesa Pereda M	P-11
Oliete Blanco MP	A-1551, P-1500, P-1797	Oroz García L	P-1305, P-1318, P-63
Oliva Fernández O	A-1166, A-1908	Orozco Medina L	P-1746
Oliva Fernández P	A-1540, A-1713, P-1303, P-1314, P-1331	Ortega D	O-494
Oliva Moreno C	A-1606, A-1623, A-1863, A-817, A-871, P-1815	Ortega Castrillo I	P-1291, P-518
Oliva Ramos J	A-1602, P-1478, P-747	Ortega de Ballon I	O-512
Oliva Ramos JR	O-171, P-1698, P-1808, P-900, P-903, P-929, P-931, P-933, P-988	Ortega de la Fuente N	P-112, P-118
Oliveros Aceves E	P-1411, P-1697	Ortega Gómez Alférez T	P-1390, A-1269, A-776, P-1268, P-28, P-727
Olmedo Carrillo P	A-1280, A-1526, A-1530, A-1878, A-782, A-797, A-825, A-830, A-849, P-1227, P-660, P-956	Ortega Larrode C	P-723
Olmedo García A	P-91	Ortega Mercader MP	P-1372, P-1446, P-1497, P-331, P-753
Olmo Azuaga C	P-1053, P-300	Ortega Requena A	P-1267, P-1395, P-1396, P-1414
Olmos Alemán M	P-1000, P-1388	Ortega Requena AI	P-1671
Olsina Tebas M	P-180	Ortega Ríos FJ	P-1255
Oltra Hostalet F	P-1049, P-1221, P-1353, P-1891, P-526, P-934	Ortega Romero M	O-281, P-579
Olucha Cañizares A	O-216	Ortega Ruiz M	O-381
Omedas Bonafonte P	P-1474	Ortet Ballesteros J	P-260
Omiste Martínez JI	P-728	Ortigas Arrabal MP	A-1135
Oncala Sibajas E	O-449, O-913, P-1643, P-43, P-44, P-45, P-46, P-330, P-649	Ortigosa O	A-1155
Oncins casanova X	O-1744	Ortigosa Arrabal MP	A-1559, P-1003, P-1019, P-1056, P-1421, P-3, P-481, P-951
Ondarra Erdocia C	P-676	Ortiz Ballujera P	P-971
Ondicol Rodríguez S	P-1483	Ortiz Flores F	P-1369
		Ortiz Manzano A	A-1284
		Ortiz Regalado AB	P-393
		Osorio Gallardo F	P-1345





ÍNDICE DE AUTORES

Osorio González I	P-1800, P-305, P-307	Palacios Gómez C	O-280
Osorio Gozalo A	O-346, O-352, P-164, P-176, P-186	Palacios Marín G	P-63
Otañua Olano O	P-418	Palacios Sánchez EA	P-1656
Oteo Mata D	P-1778	Palao Serrano DJ	A-1288
Otero Cabanillas N	P-668, P-977	Palazón Cabanes B	P-1325
Otero de Pablos J	P-1778	Palazuelos Molinero V	P-1075
Otero Rodríguez S	P-947	Palenzuela Arozena R	O-478
Otero Uribe JL	O-473, P-1671, P-894	Pallás Villaronga O	O-1648
Ovalle González N	A-1141, A-1561, A-1631, P-1016, P-1113, P-621, P-768, P-958, A-1184	Palmer Ruiz A	P-201
Oviedo Bermejo I	P-1462, P-1515	Palomar Alguacil V	P-1290, P-667
Oviedo García A	P-53	Palomero del Río JM	A-1128, A-1175, A-1535, A-1632, P-1040, P-1802, P-737, P-738, P-773
Oviedo García AA	A-68, A-80, P-13, P-20, P-24, P-37, P-50	Palomero Martín M	O-874
P G ME	P-378	Palomero Martín MA	P-36
P M A	A-434, P-388	Palomino Páez M	A-1531, A-845, P-693
P M E	P-532, P-733	Palomo MJ	P-678
P P M	A-434, P-378, P-388	Palomo Carvajal JV	A-1187, A-344
Pablos Mateo N	P-41	Palomo de los Reyes MJ	P-1004, P-1071, P-1475, P-932
Pablos Pizarro T	P-965	Palomo López N	A-1204
Pacheco Barcia VE	P-947, P-979	Pancorbo Fernández L	A-1169, A-1280, A-1526, A-1530, A-1556, A-1611, A-1878, A-782, P-628
Pacheco Puig R	A-865, P-630	Parada López R	A-1139, A-780, A-865, P-1014, P-1241, P-1361, P-1464, P-1820, P-19, P-641, P-740
Pacheco Sanjuan J	A-1150, A-1558, A-1709, P-1096, P-1687, P-600, P-669, A-74, P-576	Pardo Crespo D	P-1087
Pacheco Tabuenca T	P-430	Pardo Pavia N	A-1609
Pacho Millán L	A-1562, P-575, P-938	Pardo Ríos M	P-185
Paderne Díaz B	P-1730, P-1743, P-302, P-899, P-953	Pardo Rodríguez MM	A-1288
Padilla Martínez M	P-403, P-413	Pardos Molina C	A-1145, O-276
Páez García P	A-811	Paredes Borrachero I	P-1004
Páez García PE	P-1038	Paredes Carcedo S	A-1128, A-1535, A-1632, P-1040, P-1383, P-1448, P-1802, P-545
Pagán Gómez I	P-488, P-528, P-529, P-894, P-908	Paredes Leonarte P	A-1179, A-834, A-853, P-1499, P-701
Palacios Castillo J	A-1123, A-1855, P-1101, P-1399	Paredes Trigueros JL	P-255, P-282, P-421
Palacios García R	O-106, P-107, P-196, P-446, P-464, P-476, P-492, P-493, P-519, P-93, P-94		





ÍNDICE DE AUTORES

Parent Mathias V	A-1842, P-1773	Pecharomán Cervigon MJ	P-201
Pares Bofill B	O-881, P-921	Pecharroman I	P-14, P-7
Paricio Claramonte E.	P-117	Pedragosa Vall A	O-211, O-441
Pariente Rodrigo E	P-1002, P-1091, P-15	Pedraza García J	A-1126, A-1162, A-1865, A-781, P-1806, P-60, P-671
Parra Esquivel P	P-244	Pedrero Alonso R	P-1645, P-544, P-638
Parra Jordán JJ	A-1633, A-1867	Pedromingo Kus MS	P-1457, P-997
Parra Ramírez J.	A-775	Pedrosa del Pino M.	A-1563, P-1412
Parra Ramírez JM	P-1112, P-1485	Pedrosa Sáiz AI	P-139
Parras Cordovés M	A-815, P-1116, P-949	Peinado Cano A.	A-1617, A-1904, P-1888, P-1899
Pasalodos Sanguino JD	O-166, O-352, P-176, P-186, P-361, P-364	Peinado Clemens R	P-1077, P-1487, P-184, P-541, P-569, P-594
Pascagaza Casasbuenas S	P-1099	Peinado Vallejo FA	P-613
Pascual Fernández J	A-1578, P-1009, P-1426, P-725	Peiró A	P-130
Pascual Goñi E.	P-1261	Peiro Gómez A.	O-887, P-1459, P-1667, A-336, P-249, P-759
Pascual Moreno P	P-317	Peiró-Camaro Adán M.	O-463, P-1778, P-451
Pascual Muñoz MD	P-443, P-456, P-500	Pelado Parras M.	P-124
Pascual Pastor E	P-1676, P-498, P-675, P-763	Peláez Fernández MC	O-505, P-516
Pascual Vergara A	P-1677, P-1902	Pelayo Lastra J	A-1592, P-1352
Pastor González E	O-102, O-373, O-472, P-356	Peleteiro Cobo B.	A-1174, A-1525, A-1528, A-1874, A-343, P-1443
Pastor Roca P	A-72	Pelle S	A-1836
Pastor Toledo A.	P-4	Pellin Ariño JI	P-1454
Pastor Toledo R.	A-1721, A-804, A-82, P-1228, P-39, P-4, P-617, P-677	Pendón Fernández S	A-1283, A-1588, A-1591, A-1837, A-1838, A-844, P-1218, P-1220, P-1299, P-739
Patiño Haro P	P-1420	Penedo Alonso JR	P-1008, P-1660, P-22, P-47
Patricio Bordonmá M.	A-68, A-80, P-13, P-20, P-24, P-50	Penedo Alonso R.	A-1173
Pau Massoni AM	P-264, P-423	Penedo Arrugueta J.	A-780, P-1014, P-1241, P-740, P-1464
Pavón Flores B	P-1346	Penela Barrameda F	P-256
Pavón Monzo J.	A-1542, A-790, P-533, A-1136	Peña G	P-610
Pavón Saénz KM	P-702	Peña S.	P-911
Payá Berbegal JF	O-1741	Peña Astorga S.	A-1725
Paz Anaya A	P-566	Peña Busto C	P-377, P-61, P-627, P-981
Paz Galiana J.	A-1185 A-1546, A-1549, P-1342, P-1440, P-1498, P-1828		
Paz Rubio F	O-155		





ÍNDICE DE AUTORES

Peña García J.	P-926	Pérez Carretero MG	P-218
Peña Luengo LA	P-1672, P-1762	Pérez Castilla M	A-1167, P-577
Peña Sánchez M.	P-1452, P-1799	Pérez Castro M.	O-287
Peña y Lillo Echevarría G.	P-1506, P-760, P-1111, P-699, P-990, P-1060, P-1234, P-1249, P-1263, P-755	Pérez Clavijo G	P-1474
Peñagaricano Muñoz O	A-1580, P-1798	Pérez Costa R.	P-1304, P-224
Peñalver Pastor B	O-912	Pérez Deago B	A-433, A-1600, A-1285, A-1634, P-9, P-928, P-1703
Pepe FM	P-1404, P-1437	Pérez Delgado FJ	A-1868, A-1873, P-1041
Peraita Fernández E	A-1210, A-1275, A-1522, P-1088	Pérez Ductor C	A-1130, P-1098, P-1340, P-1790
Perales Muñoz R.	O-436, O-463, P-451	Pérez Durá MJ	O-455, O-480, P-496, O-879, P-410
Perales Navarro M	O-88, O-90	Pérez Fernández AB	P-686
Perales Pardo R	O-879, P-1000	Pérez Figueras M	A-1129, P-1229, P-553, P-568
Peralta Ríos ML.	P-1697	Pérez Fontañá L	O-1293, O-193
Peraza Alfonso G	A-827	Pérez García E.	A-1120, A-1131, A-1167, A-779, A-794, A-820, P-1078, P-1080, P-239, P-640
Perdigones J.	P-462	Pérez Gómez F.	O-1741
Perdigones García J	O-447	Pérez González A.	P-750
Perea Casado MI	A-1118, P-1819, P-687, P-732	Pérez González I	A-1604, P-764
Perea Fernández A	A-1169, A-1280, A-1878, A-785, A-861, A-868, P-1354, P-644	Pérez González L	P-12, P-27, P-750
Perea Fernández AF	A-1556, A-1844, A-830, A-849, P-588, P-635, P-742	Pérez Granadal E	A-1149, P-1444
Pereda García R.	P-1040	Pérez Gutiérrez M.	A-840
Pereira AC.	P-86	Pérez Gutiérrez MA	P-1653, P-651
Pereira Díaz E	P-577	Pérez Hernández A.	P-1441
Perelló R	P-911, P-916	Pérez Hopkins J	P-1466, P-1250, P-1425, P-1775, P-1784, P-592
Pereña Molina NI	P-1677, P-1902	Pérez Hueto MC	A-1121, A-1122, A-1532, P-1010, P-1242, P-314
Pérez Acebo J.	A-153, P-111, P-175	Pérez Jacoiste A	A-1612
Pérez Alonso A.	P-412	Pérez Leal N.	P-709
Pérez Alonso JL.	O-913, P-46	Pérez Leiro A	P-1087
Pérez Álvarez JO	P-548	Pérez Litago I	A-1188
Pérez Baena S	P-245	Pérez López D	A-1283, A-1837, P-1218, P-1220, P-1299
Pérez Barba Y	O-104	Pérez López MD	A-1588, A-1591, A-1838, A-844, P-739
Pérez Buendía I	P-533	Pérez López S.	P-751
Pérez Calero RM.	P-393	Pérez Martín B	P-702





ÍNDICE DE AUTORES

Pérez Martínez A	A-1719, A-838, P-1033, P-1264, P-1378, P-1389	Picans Saurino M	P-1425, P-1466, P-1775, P-1784
Pérez Martínez MA . . .	P-1114, P-1225, P-1702, P-420, P-581	Piccone Saponara C	A-778, P-1510, P-731
Pérez Mas JR	P-208, P-209	Picher Vidal JE	P-258
Pérez Matos JA	P-1475	Piedra Antón L	A-1592, P-1352, P-254, P-271
Pérez Morán A	P-122	Piedra Rodrigo C	A-1133, A-1284, A-1717, P-1005, P-1084, P-1256
Pérez Nieto G	A-1565	Piera Carbonell A	A-332, A-783, A-1847, P-64, P-734, P-1492
Pérez Ordoño L	P-1683, A-1612, A-1626, A-1879, P-1061, P-1072, P-690	Pietrosanto T	P-234
Pérez Otero ML	A-1705	Pijoan Cirera JA	A-1629
Pérez Peinado M	P-1262, P-1788	Pikeras Martínez A	P-1107, O-205, P-1219
Perez Pinto S	A-1201	Pini S	P-1091, A-1839
Pérez Quintero S	P-1750	Pino Domínguez L	P-271
Pérez Ramos I	O-489	Pinto Goncalve V	A-1545
Pérez Regueiro I	P-1737, P-1742	Pinto Goncalves V	A-192
Pérez Rivas L	P-533, P-954	Piña Martín V	A-1560, A-873, P-1039, P-1217, P-1450, P-1761, P-612, P-664, P-746
Pérez Rodríguez A	A-1565	Piñera Salmeron P	P-1215, P-895, O-473, O-495, O-893, O-904, O-905, O-906, P-1213, P-242, P-488, P-528, P-529, P-537, P-885, P-889, P-891, P-894, P-907, P-908
Pérez Rodríguez JM	P-293	Piñero Flores E	A-1124, A-1586, A-71, A-848, P-1047, P-1074, P-671, P-959, P-976
Pérez Rodríguez L	P-1774	Piñero Zapata M	P-1883, P-1886
Pérez Rojas J	P-771	Piñón García M	A-343
Pérez Romero MD	P-1063	Pire P	A-1599
Pérez Ruiz A	A-1121, A-1122, A-1287, A-1532, P-1010, P-1035, P-1242, P-1382, P-314, P-629	Pire García P	A-1565
Pérez Salvador H	A-1717, P-1005, P-1256	Piris García X	P-682, P-1695
Pérez Sánchez AM	A-1140	Piro Martín N	P-1251
Pérez Tellería A	P-1462	Pizarro Eraso M	P-1250, P-1454
Pérez Torres I	P-1746, P-1747, P-1753, P-1759	Plaja Martí I	P-247
Pérez Villares JM	O-205	Plancha Burguera E	A-838, P-1389
Pérez Zapata A	A-1615, P-1348, P-634, P-663	Planchart Madeo M	P-1651
Pérez-Regadera Gómez JF	P-1065, P-1364	Plaza Montoro A	P-167, P-233
Peris Giner J	P-11, P-221, P-596, P-771, P-1309	Plaza Ramos MY	P-544
Perona Moratalla AB	A-1538	Plaza San Martín M	P-508
Pérula de Torres LA	O-168		
Pfang B	P-16		





ÍNDICE DE AUTORES

Polo Sabau J	P-231	Prado Paz G	P-1676, P-1786, P-498, P-584, P-726
Polo Sánchez MJ.	O-1646	Prados Gallardo AM.	O-913
Pomar Amillo MA	O-505, P-516	Prados Losa RM	P-1364
Pomares Quintana N.	O-507, P-506	Prados Roa F	O-102, P-365, P-390, P-400
Ponce García I	A-1271, A-1272, O-159, O-161, P-617, P-677	Prats Sánchez L.	P-1261
Pons Claramonte M.	A-1841, P-1491, P-614	Precioso Costa J	P-1790
Pons-Estel Silvestre G	P-983, P-1015	Priego Martínez V.	P-398
Porcel Marín E	P-533	Prieto Candau C.	A-1579, P-1753
Porcel Martín E.	P-1658, P-1664, P-1680, P-1690, P-954	Prieto García B.	P-454
Porcel Martín J	P-1658, P-954	Prieto Lastra L.	A-1275, A-1522, A-1561, A-826, O-210, P-1002, P-1016, P-1051, P-15, P-668, P-713, P-717, P-768
Pordomingo Rodríguez D.	P-129, P-1885, P-1900	Prieto Lorenzo V	P-1681, P-1476, P-1672, P-1824, P-1885, P-499
Porras Pérez A	P-1110	Prieto Pilo J.	P-1672
Porta Rodríguez M	A-1593, A-1905, P-1887, P-267	Prieto Piquero EM	A-79, O-469, P-1030, P-1105, P-1109, P-1257, P-766, P-922
Porta Solsona JM	P-264	Prieto Sánchez A	O-353, P-355, P-357, P-684
Portabella Serra A.	O-216, O-374	Prieto Valderrey F	P-230
Portela Martín A	A-799, P-1357, P-1371, P-707, P-747	Prieto Valtuille MC.	P-122
Portero Naranjo S.	P-37	Prieto-Carreño Candau L	A-1196
Portero Sánchez I	P-1334	Puche Paniagua JJ.	P-564
Portilla Mediavilla M.	A-1564, P-1496, P-1901	Puerma Ruiz J.	A-1152, P-1229
Portillo Cano MM	P-1049, P-1221, P-1353, P-1891, P-526, P-934	Puerta López T	P-540
Portugal Rodríguez E.	A-339, O-910, P-1089, P-322	Pueyo MJ	O-471
Portugal Rodríguez R.	A-339, O-910, P-1089, P-322	Pueyo Enrique C.	P-140, P-162
Pouplana Malagarria M	P-294, P-298	Pueyo Morer MJ	O-485, P-470, P-487, P-518, P-562
Pous Benito G.	P-1488	Pueyo Peña JM	P-1771
Povar B	A-1155	Puga Montalvo E.	A-1712, P-1020, P-1766
Poveda Escudero S	P-125	Puga Montalvo M ^o E.	P-1026, P-1110
Povzum P.	P-1304	Puig Campmany M.	P-1890, P-523
Pozo Cascajosa AM	P-1358, P-1729, P-580, P-939	Puig Larrosa J.	P-1456
Pozo Rengel R	P-384	Puig Pintó M.	P-423
Prado Fernandez E	P-708, A-1285, A-1600, A-1634, P-1368, P-9	Puig Vergés A.	P-1651
Prado Mel E.	P-1043, P-589, P-608, P-692, P-944	Puiguriquer Ferrando J.	P-1636





ÍNDICE DE AUTORES

Pujol Aymerich V.	A-1552, A-275, O-276, P-272	Quispe Martínez C.	A-1852, P-1514, P-902
Pulido Herrero E.	P-1350, P-936, P-980	R V MJ.	A-434
Puparelli Martín P.	P-638	Rabadán Mezquita S.	A-153, P-111, P-175
Puras Artajo T.	P-651	Rafat R.	O-206
Quenata Romero J.	P-1787	Ramayo Barrio E.	P-250
Quero Escalada M.	P-1236, P-1486, P-1513	Ramió Lluçh C.	P-1519, P-1656, P-1691, P-615, P-971
Quero Espinosa FB.	P-667	Ramírez Abril S.	O-877, P-1235, P-575, P-909
Quero Motto E.	P-1222, P-1230, P-1231, P-1325, P-225, P-637, P-665, P-674, P-698, P-706	Ramírez Barba A.	O-104
Quesada Costilla E.	P-1084	Ramírez Cabello P.	P-1765, P-930
Quesada Martínez M.	P-1308	Ramírez Cabello PL.	P-1740, P-880, P-899
Quesada Martínez MC.	A-1154, A-1568, A-801, A-809, A-858, O-893, O-904, O-905, O-906, P-1070, P-1213, P-1215, P-1237, P-1387, P-1417, P-1427, P-424, P-885, P-889, P-895, P-907, P-948	Ramírez Carralón A.	O-159, O-161, P-1330
Quesada Moraga R.	P-681	Ramírez Carralón AE.	A-1271, A-1272
Quijano Diego A.	P-643	Ramírez Domínguez N.	P-1424, P-1892
Quijano Herrero J.	O-98, P-122	Ramírez Fernández A.	A-1283, A-1588, A-1591, A-1837, A-1838, A-844, P-1218, P-1299, P-739
Quiles Sánchez L.	P-994	Ramírez Freire L.	P-1832
Quílez Castillo F.	O-204	Ramírez Gea J.	P-1639
Quillama Torres E.	P-41, P-989	Ramírez Hallas L.	P-117
Quintana Díaz M.	O-157, O-897, O-898, P-163, P-1758	Ramírez Hidalgo MF.	P-1291
Quintana Fernández RB.	P-399	Ramírez Plaza S.	A-1177, A-1207, A-1541, A-828, P-1046, P-1823
Quintana López JM.	O-457, P-980	Ramírez Plaza SP.	P-32, P-48
Quintanilla López R.	O-473, P-894	Ramírez Relinque L.	P-1477
Quintela Jorge O.	A-829, P-1655	Ramiro Bejarano I.	P-1670
Quinto V.	A-1845	Ramón Carbonell J.	P-256
Quiñoy Torcello B.	A-344	Ramos L.	P-1062
Quiralte Cairols A.	A-342, A-843	Ramos Díaz A.	P-164
Quiroga Mellado FJ.	O-102	Ramos Fernández A.	P-1112, P-1250, P-1466, P-1679, P-592
Quirós C.	P-911, P-916	Ramos Gómez R.	P-109, P-235, P-268, P-383, P-391
Quirós R.	O-457	Ramos Herrera J.	A-1545, A-192
Quirós Figallo TA.	P-1409, P-1769	Ramos López S.	P-220, P-224, P-227
Quispe Figueroa G.	P-1736, P-1740, P-1765, P-930	Ramos Miranda N.	O-461
		Ramos Natal A.	P-323





ÍNDICE DE AUTORES

Ramos Nogueiras P.	P-1824	Requena López A.	P-177
Ramos Varona O.	P-534	Requena Saiz M.	P-1033, P-1702
Rando Jiménez A.	A-1150, A-1842, P-1028, P-1258, P-1399, P-1773	Retana Fernández B.	P-1402
Rascado Sede F.	P-686	Reveriego Fajardo IM.	P-1791
Real López JC.	O-453	Revert A.	P-30
Real Martín A.	A-81, P-1356, P-1804	Reverte Y.	P-1308
Rebollo Lillo N.	A-72	Reverte Pagán Y.	A-809, A-858, P-1070, P-1237, P-424
Reche Caballero C.	P-679, P-964	Reviejo Rodríguez F.	P-1224, P-1410, P-724, P-943
Reche Martínez B.	P-1468	Revilla Martí P.	A-847
Recio Pila E.	O-160	Revuelta Alonso A.	A-1270, A-1621, A-1720, P-586
Recio Ramírez JM.	P-10, P-490, P-572	Rey J.	P-1734, P-530
Recondo Goitia O.	A-1548, P-1505	Rey Díaz-Rubi E.	O-494
Redin Sagredo MJ.	P-1009, A-1578	Rey García J.	P-1289, P-163
Redondo Arriazu A.	P-620, P-995	Rey Pecharroman JM.	O-1735
Redondo Benito A.	P-604	Reyes Aguilar CJ.	P-667
Redondo Domínguez D.	O-1294, O-459, P-451	Reyes Mateos CA.	P-1113
Redondo Galán C.	P-1226, P-1244, P-564	Riaño Montalvo A.	A-1164, P-1036
Redondo Galán MP.	P-1226, P-1244	Riba Castel C.	P-1653, P-651
Redondo Galán P.	A-1845, P-1071, P-1463, P-1475, P-564, P-932, P-972	Riba Castel MC.	P-405
Redondo González A.	P-931	Ribas Lop M.	P-360
Regidor Sanz E.	A-1714, P-1009, P-1426	Ricardo Jiménez C.	P-1066, P-1238, P-1659
Regordán Piñero L.	P-1013	Richard Espiga F.	P-730
Regueira González R.	P-1400	Rico Delgado R.	P-248, P-632
Reina Escobar D.	P-1641	Rico Rodríguez F.	A-1124, A-1126, A-1162, A-1865, A-71, A-781, P-1047, P-1074, P-1806, P-308, P-591, P-60, P-671, P-716, P-959, P-976
Reina Lora V.	A-1158, A-1861	Riera González MC.	P-130
Reina Lozano MI.	P-250	Riesgo García A.	O-896, P-1105
Reina Martín MM.	P-1056, A-1559, A-1563, P-1019, P-1412, P-1507	Riesgo Suárez P.	P-30
Rejas Morras L.	A-814, P-1424	Rijo Nadal GE.	A-1277, P-1248
Remuiñán Rodríguez B.	O-97	Rilo Miranda I.	O-457, P-1350
Renau Solaz S.	A-1164, P-1036	Rimbau P.	P-26
Reolid Martínez R.	P-1292	Rinaldi CA.	P-1106, P-974





ÍNDICE DE AUTORES

Rincón Valero N	A-1570, P-1783, P-306, P-601	Roca Fontcuberta G	O-372, O-376
Ríos E	P-523	Roca Guiseris J	P-1029, P-1674, P-704, P-961, P-966
Ríos Pérez S	P-110	Roca Navarro P	A-862, A-867
Ríos Sagastizabal E	O-887	Rocamora Blanch G	O-882, O-901
Riquelme Alfaraz M	P-109, P-235	Roch Hamelin I	O-200
Rivas Clemente FPJ	P-245	Rocha Dávila A	P-1651
Rivas del Valle P	P-1026, P-1110	Rocha Llorente M	O-214
Rivas Fernández V	P-927	Roche Gutiérrez L	P-1742
Rivas García A	P-229	Roco García A	P-1400
Rivas Herrero C	O-874	Ródenas Heráez L	O-1741
Rivas Jiménez M	P-232	Ródenas Tárraga FJ	P-1730, P-1740, P-899
Rivas López AM	P-1885	Rodrigo Aispuru G	O-277
Rivas Martínez MR	P-1354, P-635, P-644	Rodrigo Granda A	A-1723, P-1449
Rivas Martínez R	A-800	Rodrigo Rodríguez M	A-1128, A-1521, P-1076, P-1448, P-1467, P-636, P-730
Rivas Menéndez S	A-1276, A-823, A-869, P-1817, P-422, P-736	Rodrigo Saiz N	P-1116, P-949, A-815
Rivera García L	A-1570, O-442, P-1368, P-1422, P-1783, P-708	Rodríguez Adrada E	O-1298, O-1306, O-1313, O-479, O-495, P-1307, P-1316, P-501, P-535, P-558
Rivera García LM	P-928	Rodríguez Alen JA	P-972
Rivero Guerrero JA	A-1278, A-836, P-1391, P-1826, P-611, P-986	Rodríguez Alonso B	P-16
Rivero Sánchez C	P-100	Rodríguez Alonso M	A-1841, P-1491
Rizo Hoyos M	A-1557, A-1715, P-1018, P-1351, P-1504, P-270, P-309, P-556	Rodríguez Alonso R	A-1874, O-875, P-1443, P-648, P-765
Rizzi MA	O-495	Rodríguez Álvarez D	A-1174, A-1528
Roales León E	A-1196, P-1493	Rodríguez Benítez J	P-129
Robert Boter N	O-878, O-882, O-901, P-917	Rodríguez Blanco R	A-1858
Robledo Migallón I	P-1074, P-308, P-716, P-959, P-976	Rodríguez Borego R	P-1645
Robles Amieva A	A-1566, A-1851, A-432, A-854, P-1051, P-1100, P-1246, P-1447, P-1465, P-1755, P-1785, P-321	Rodríguez Borrego MA	A-428, O-371, P-404
Robles Fraguas R	P-1821	Rodríguez Borrego R	A-1198, A-1850, O-460, P-1090, P-1635, P-1640, P-1893, P-36, P-638
Roca Casqueiro C	P-1771	Rodríguez Cabrera CM	O-438
Roca Costa M	O-881, O-892	Rodríguez Calveiro R	A-1159, P-1060, P-1111, P-1234, P-1249, P-1263, P-610, P-661, P-699, P-755, P-767, P-990, A-787, O-172, P-1689, P-379, P-521, P-574
Roca Fernández Castanys E	P-1219, O-205	Rodríguez Camacho A	A-1199, P-957





ÍNDICE DE AUTORES

Rodríguez Cámara JM.	P-1677, P-1902	Rodríguez Lorenzo MJ	O-349, P-350
Rodríguez Carrasco MM	P-28	Rodríguez Mañas J	P-1474
Rodríguez Casimiro M.	A-1202, A-807, P-1754	Rodríguez Maroto O	A-1847, A-783, P-1703, P-64, P-734
Rodríguez Casimiro MC	A-1147, A-1875, P-1644, P-1811	Rodríguez Martín A.	P-360
Rodríguez Cola M.	P-1244	Rodríguez Martín C.	P-540
Rodríguez Conesa E	A-864, P-1059, P-1668, P-1812, P-1813	Rodríguez Martín LJ.	A-1906, P-33
Rodríguez Cuadros T.	P-178	Rodríguez Martínez MD	A-1538
Rodríguez de Pablo S	A-811, P-1434	Rodríguez Miguélez M	A-339
Rodríguez de Temble Relaño P	A-1624	Rodríguez Miranda B	P-265
Rodríguez del Águila MM	O-283	Rodríguez Mondéjar JJ	P-185
Rodríguez del Prado L	P-1053, P-1404, P-320	Rodríguez Neira V	O-6, P-687
Rodríguez Fariña V	A-1190	Rodríguez Novoa T.	P-1245, P-38
Rodríguez Fernández J	P-208, P-209, P-213, P-238	Rodríguez Ordóñez M.	A-1563, A-1577, P-1412, P-1480, P-616, P-975
Rodríguez Fernández JF.	A-1120, A-1167, A-779, A-820, P-1078, P-1080, P-1657, P-18, P-239, P-577, P-735	Rodríguez Ortega CS	A-857
Rodríguez Fernández de Sevil ME.	P-164	Rodríguez Ourens MJ	A-1847, A-332, A-783, P-1471, P-1492, P-64, P-734
Rodríguez García C	P-1104	Rodríguez Pérez J	P-1402
Rodríguez García H	P-1224, P-1336, P-1410, P-943, P-993, P-997	Rodríguez Priego S	A-1712, P-1020, P-1766
Rodríguez García J	P-63	Rodríguez Ramírez C	P-58
Rodríguez García JF	P-1305, P-1318	Rodríguez Rodríguez E	P-109, P-235
Rodríguez García M	P-1403	Rodríguez Rodríguez M.	A-1186, A-1194, P-1328, P-1347, P-1760, P-1829, P-683
Rodríguez García N	A-1148, A-1154, A-1568, A-1598, A-801, O-893, O-904, O-905, O-906, P-1213, P-1215, P-1387, P-1415, P-1417, P-1427, P-424, P-595, P-885, P-889, P-895, P-907, P-948, P-970	Rodríguez Tejada N	A-426, P-1007, P-1430, P-1833, P-191, P-619
Rodríguez Gracia O	P-405	Rodríguez Trujillo A.	A-426, P-1007, P-1430, P-1833, P-191, P-619, P-248, P-632
Rodríguez Hernández NC	P-1736, P-880, P-953	Rodríguez Ventura M.	A-1195, A-1207, A-1537, P-148
Rodríguez Hernández S.	P-246	Rodríguez Villasonte-González P.	A-1582, P-1433
Rodríguez Herrera A	A-842	Rodríguez-Bobada Aguirre R	A-776, P-1326
Rodríguez Herrero R	A-1285, O-442, P-1328, P-1516, P-1751, P-9	Rodríguez-Villasont González P	A-1541, P-1046
Rodríguez Lavado P	A-1834, A-846, P-1438, P-1825, P-443, P-456, P-500, P-571, P-656	Roig Losantos I	P-295
		Roiz Andino H	O-439, P-52
		Rojano López B.	P-40





ÍNDICE DE AUTORES

Rojas Luán R.	A-1533, P-1032, P-1325, P-207, P-674, P-698, A-788, P-1451, P-225, P-299, P-637, P-706, P-1230, P-1231	Romero Pareja R.	O-375, O-385, O-475, P-1312, P-229, P-559
Rojas Pichardo JC.	P-218	Romero Riera R.	P-300
Rojas Ramírez AB.	P-532, P-589, P-608, P-692, P-694, P-733, P-944	Romero Romero AM.	A-72
Rojas Valdivie RD.	O-1315	Romero Soto S.	P-1882, P-190, P-396
Rojo Iniesta M.	P-1812	Romero Zagarra V.	P-953, P-1740
Rojo Martín MA.	A-1560, P-1450, P-612, P-664, P-746	Romo Durán MP.	P-1774
Rojo Pérez E.	P-1021	Ropero Molina JR.	A-1905, P-1887, P-267, P-324
Rojo Salaverri M.	P-367	Ropero Reyes A.	O-513
Rojo Santos E.	O-160	Roqueta Egea F.	O-216, O-374
Roldán Moll F.	P-1008, P-47	Rosa González ME.	A-824, P-1082
Rollán Vallejos J.	P-348, P-367	Rosa Rubio FJ.	A-1615
Román LM.	A-1628	Rosa Úbeda F.	A-781, A-1124, A-1126, A-1162, P-1806, A-1865, P-60
Román Jiménez L.	A-1156	Rosado Mena L.	A-1718, P-1803
Román Serrano A.	P-704, A-798, P-1029	Rosario Godoy G.	A-1184, P-1048
Romano Funes A.	P-1252	Rosario Lapaix D.	A-1716, P-1300, P-1394
Romano Maqueda JE.	A-1718, P-1827	Rosario Ortiz A.	A-1595, P-1501
Romany Casa M.	P-1057, P-618, P-1034, A-842	Rosas Bermúdez P.	P-969
Romera R.	O-5, P-7	Rosell Vergara E.	A-1278, A-1279, A-1282, A-836, P-1031, P-1254, P-1259, P-1262, P-1391, P-1788, P-1826, P-482, P-611, P-722, P-986
Romero Brugera M.	P-1743, P-302	Roselló Serralta A.	P-1481
Romero Cebrián MA.	A-1721, A-804, P-4, P-1228	Roset A.	P-536
Romero Conde A.	P-1024	Roset Rigat A.	O-503, P-536
Romero Fernández AB.	A-1117, A-816	Rosillo Castro D.	A-1834, A-846, P-1825, P-443, P-456, P-500, P-571, P-656, P-999
Romero Gallego-Acho P.	P-1758	Rosón González A.	O-156
Romero García A.	A-1716, P-1300, P-484	Rossell Vergara E.	P-1059
Romero García AN.	P-1483	Rossiñol Ruiz J.	P-679, P-964
Romero Gómez M.	O-157, O-898	Rotger Terrasa A.	P-366
Romero González M.	A-1196, P-1358, P-1729, P-250, P-580, P-939	Roure Díez S.	P-917
Romero Hidalgo A.	A-431, O-370, O-511	Rovira Arias M.	P-117
Romero Imbroda J.	P-709	Rovira Gil E.	O-154
Romero Jiménez CE.	A-1618, P-695		
Romero López I.	P-251		





ÍNDICE DE AUTORES

Royo Hernández R . . .	A-1134, A-847, P-1335, P-560, P-960	Ruiz López J	P-1000
Royuela A	O-5	Ruiz López L	P-1654
Royuela Ruiz P	A-1602, P-1478, P-1699, P-257, P-521, P-659, P-903	Ruiz Merino R.	P-919, A-1724, P-1092, P-1782
Rubianes Fernández P	A-1705, O-435	Ruiz Ojeda M.	A-71, A-848, P-1074, P-308, P-60, P-671, P-716, P-959, P-976
Rubio Chacón C . . .	P-1683, A-1626, A-1879, P-1061, P-1072	Ruiz Ortiz E	A-81, P-1356, P-1804
Rubio Díaz R	P-1004, P-1366, P-972	Ruiz Ramírez MA	P-1292
Rubio Gómez M	P-468, P-925, P-945	Ruiz Romero F	P-53
Rubio Gómez S	P-231	Ruiz Rueda D	A-1123, A-1855, P-1399
Rubio González M	P-1419	Ruiz Ruigómez M	P-1697
Rubio González MJ	P-973	Ruiz Ruiz A	P-1019, P-1507
Rubio López V	P-256	Ruiz Ruiz F	P-18, P-577, P-987
Rubio Ramos A	A-1870, P-1253	Ruiz Ruiz FJ	P-925
Rubio Sánchez S.	A-1275, A-1522, O-210, P-1016	Ruiz Ruiz M	P-1227
Ruescas Escolano E	O-883	Ruiz Sancho C	P-379
Ruhr Mueller M.	P-624	Ruiz Sanz MA	P-184, P-541, P-569, P-594
Ruipérez Moreno M	P-1388	Ruiz Simón F	P-1814, P-1831, P-721
Ruiz Abad V.	O-158, P-750	Ruiz Socarras JL	O-1744
Ruiz Artacho P . . .	O-497, O-879, O-886, O-890, P-65, P-891	Ruiz Vert MJ	A-1593, A-1905, P-324
Ruiz Ávila M.	P-681, O-283	Ruiz-Artacho P	O-875, P-967
Ruiz Cabello R	P-490, P-572	S LL P.	P-378
Ruiz Calonge M	O-96	S M H	A-1584
Ruiz Cantalejo MA	P-1649, P-89	Saadi MA	A-1140
Ruiz Cosano M.	P-1346	Saavedra Casado S	A-1205, P-1063, P-300
Ruiz Cuevas V	A-835, P-1502	Sabatel Pérez F.	P-678
Ruiz de Azúa Z.	P-1781	Sabio Reyes F.	A-1544, A-792, A-832, A-833, P-1026
Ruiz de Gaona Lana E.	P-347	Sacristán Román M.	P-1240, P-1518, P-1776, P-416
Ruiz Fernández A	A-1166	Sada Ruiz M	A-840, P-1653, P-651, P-676
Ruiz Fernández AJ	A-1191, A-821	Sada Ruiz MJ	A-1576, A-1578, A-813, P-1067, P-1102, P-1470, P-247
Ruiz García E.	A-1171, A-1543, A-852, P-1097	Sáenz Abad D . . .	A-1273, O-1216, P-1011, P-1232, P-1344, P-1370, P-232
Ruiz García MI.	P-1097	Sáenz de Tejada Valdivia P	A-1618
Ruiz Grinspan MS.	A-1144, P-1339, P-1662	Sáenz González F	P-350
Ruiz Hierro C	P-322		





ÍNDICE DE AUTORES

Sáez Barrasa E.	A-1127, A-1172, A-1286, A-1554, P-1490, P-1503, P-743, P-744, P-745	Salietti Rodríguez A.	O-877, P-1235, P-909
Sáez Rodríguez E.	P-1814, P-1831, P-721	Salinas M.	P-1301
Sáez Valverde E.	P-1882, P-190	Salinas Ruiz F.	A-1569
Safir Jabeen H.	P-1266, P-1669, P-422	Salinero Abad A.	P-240
Said Mohamed L.	A-1205	Salinero Jiménez MA.	P-1374
Sainiz de Andueza M.	P-1467	Salmerón Martín M.	P-665
Sainz Arroyo A.	P-1408	Salmón González Z.	P-639, A-338, P-1363, P-1460, P-1479, P-1508, P-645, P-712, P-761, P-992
Sainz de Andueza M.	A-1521, O-158, P-1076, P-1448, A-1175, P-545, P-636	Salobreña Sánchez MI.	P-609, P-614
Sainz Santos B.	A-1566, A-1851, A-432, A-854, P-1100, P-1465, P-1755, P-1785, P-1909, P-321, P-1408	Salor Moral D.	P-1251
Saiz Pérez C.	P-1695, P-682	Salto Ariza AT.	P-56
Saiz Rubio MJ.	P-1079	Salvadó Villa L.	O-155
Sala Anglarill M.	O-216	Salvador Pleguezuelos L.	P-1793
Sala Sainz C.	P-1098	Salvador Salvador A.	P-1260
Sala Sainz MC.	A-1130, P-1790	Salvador Sánchez L.	O-489
Salado García T.	P-981	Salvador Suárez F.	A-1719, P-1225, P-581
Salamanca Rivera E.	P-1049	Salvo Marco E.	P-410, P-496
Salame F.	P-30	Samaniego Mirón E.	O-287
Salas Álvarez del Valle FJ.	A-333	Samaniego Ruiz MJ.	P-1881, P-1894, P-409
Salas Pelayo C.	A-338, P-1363, P-1367, P-1413, P-1460, P-1479, P-1508, P-639, P-645, P-712, P-761, P-992	Samaranch Gusi M.	O-96
Salas Pellicer A.	A-841	San José Gallegos A.	P-1069
Salas Rodríguez JM.	P-187, P-189	San Martín Díez MA.	P-508
Salazar P.	P-923	San Segundo Campo M.	P-549
Salazar Garzo J.	P-1670	Sanantón López J.	A-1601, P-757, P-1392, P-1481
Salgado García E.	O-1642, P-1666, P-1682	Sánchez C.	P-911
Salgueiro Ruiz J.	A-1719, A-838, P-1264, P-1389	Sánchez M.	O-202
Salgueiro Ruiz JJ.	P-1225, P-1702, P-581	Sánchez Álamo B.	A-1152, P-1229, P-568
Salguero Bodes I.	P-1400	Sánchez Álvarez M.	A-1629
Salguero Bodes ID.	P-569	Sánchez Amador P.	P-1321
Salido Mota M.	P-1258	Sánchez Amo L.	P-1236, P-1513
		Sánchez Amo LSA.	P-1486
		Sánchez Andion M.	A-1580, P-1798
		Sánchez Arguiano J.	O-1315





ÍNDICE DE AUTORES

Sánchez Bermejo R	P-167, P-233, P-263	Sánchez Martínez L.	P-1409, P-1769, A-1120, A-1167, A-779, A-820, P-1080, P-1657, P-239, P-640, P-987
Sánchez Burgaleta B	P-141	Sánchez Menéndez S	A-1180, A-795, P-1320, P-1407, P-1418, P-1489, P-1511, P-1770, P-1822, P-425, P-565, P-598
Sánchez Caballero L	O-877, P-1235, P-909	Sánchez Moreno M.	A-820, P-1080, P-1657, P-239
Sánchez Canto A	A-1524, A-1579, P-1436, P-1746, P-1781, P-1801, P-542, P-543	Sánchez Morla A	A-1612, P-1072, P-690
Sánchez Casado E	P-1066	Sánchez Moro V.	A-1182, A-1190, A-1850, P-1349, P-1401, P-691
Sánchez Ceballos F	O-494	Sánchez Moro VM	P-955
Sánchez Conesa E	P-1056	Sánchez Nicolás JA	A-1148, A-1598, A-1872, A-801, A-805, O-473, O-495, P-1387, P-1415, P-488, P-528, P-529, P-595, P-894, P-908, P-970
Sánchez Díaz I.	O-455, O-480, P-241	Sánchez Ortiz S	A-1592, P-1352
Sánchez Díaz S	A-841	Sánchez Oya MC.	O-376
Sánchez Ferrández V	A-1151, A-1603, A-808, A-837	Sánchez Pablo E.	P-978
Sánchez Galindo M	P-578, P-947	Sánchez Perea J	P-412
Sánchez García B.	A-1203, A-809, A-858, P-1237, P-1308	Sánchez Pérez C	A-1567, A-1572, A-1573, A-335, P-1473, P-770
Sánchez García L	O-881, P-921	Sánchez Pérez IM	A-1133, A-1284, A-1717, P-1005, P-1084
Sánchez García M	A-1137, P-1068, P-1297, P-1663, P-1675, P-1805, P-1830, P-1889, P-633	Sánchez Pérez M	A-1173, A-345, A-69, A-76, P-1008, P-1696, P-22, P-51
Sánchez García ME	P-643	Sánchez Prieto Y.	P-1892
Sánchez Garrido Lestache A	P-4	Sánchez Puértolas AB	P-1474
Sánchez González AM	P-550	Sánchez Ramón S	O-171, A-1594, A-1602, A-835, P-1478, P-1698, P-1808, P-509, P-521, P-702, P-988
Sánchez González M	O-475, P-967	Sánchez Rodríguez C	P-364
Sánchez Guevara MS	P-1782, P-659	Sánchez Rodríguez J	A-1542
Sánchez Guirao A	A-846, P-1438	Sánchez Rodríguez JC.	P-1731, P-1772, P-257, P-574, P-931
Sánchez Hernández JM.	P-1374, P-1410, P-642, P-748, P-724	Sánchez Rodríguez LM	A-1600, A-1723, A-433, P-1449
Sánchez Iñigo L	P-1102, P-1426, A-1714, A-73	Sánchez Roy O.	P-626, P-197, P-203
Sánchez Jiménez I.	A-791	Sánchez Ruiz M	A-1185, A-1546, A-1549, P-1342, P-1440, P-1498, P-1828
Sánchez Llopez P	P-566	Sánchez Salmerón F	P-1889, A-1137, A-818, P-1068, P-1297, P-1663, P-1675, P-1805, P-1830, P-609, P-633, O-194, O-195
Sánchez López A	A-1134, P-1888, P-1899, P-960		
Sánchez López J.	A-798, O-283, P-1674, P-552, P-704		
Sánchez López P.	P-1676, P-498, P-675, P-726, P-763		
Sánchez Lozano P.	A-1634		
Sánchez Maganto E	P-1107		
Sánchez Manzano L	A-1553, A-1555, P-1054, P-1791, P-754		
Sánchez Marcos C	P-1682, P-916		





ÍNDICE DE AUTORES

Sánchez Sánchez MP	P-10	Santamaría Rubio E.	P-661
Sánchez Sánchez P.	P-1348, P-634, P-663	Santamarina Carvajal F.	A-1544, A-792, A-832, A-833, P-1026
Sánchez Sánchez S.	A-1131	Santana Alcántara R.	P-263
Sánchez Sendín D.	A-1605, P-1398, P-555	Santana Zapatero H.	P-605
Sánchez Serrano J.	A-1182	Santaulària Font F.	A-1726
Sánchez Serrano JA	P-36	Santiago Cid F.	P-167, P-233
Sánchez Soler S.	P-1304	Santiago Cortés R.	P-1746
Sánchez Torres E.	A-1171, A-1543, A-852, P-1097	Santiago Gómez R.	A-1201, A-1596, P-1787, P-943
Sánchez Valencia A.	A-1185, A-1546, A-1549, P-1342, P-1440, P-1498, P-1828	Santiago Gómez RM.	P-1336, P-1457, P-672, P-993, P-997
Sánchez Valero P.	O-155, P-243	Santiago Poveda C.	O-1211, O-1214, P-1095
Sánchez Vicente M.	A-1189, A-1575, P-1111, P-630, P-661, P-699, P-767, P-990	Santiago Sáez AE.	A-1722, P-1655
Sánchez-Íñigo L.	A-1188, P-725	Santiago Sáez AS.	A-829
Sánchez-Prieto Castillo J.	P-678	Santiago Valladolid MC.	P-103, P-1661
Sanchidrián Mayo M.	P-1476	Santillán Saco R.	A-827
Sanchozapatero JL	P-10	Santillán Saco RF	O-513, P-11
Sancllemente Anso C.	O-474, O-507, P-506	Santisteban Bocos M.	P-625
Sandoval Acevedo D.	P-1519	Santo Niñerola P.	P-771
Sanfélix Genovés J.	P-1333	Santos De Vera A.	P-1736, P-1740, P-880, P-899
Sanjorge Carretero P.	P-430	Santos Donado I.	A-1851
Sanjuan Linares A.	O-387, O-368, P-386	Santos Ferreras E.	P-1670
Sanlés González I.	O-450, O-502, P-1910, P-514, P-924	Santos Gravalosa M.	A-1160, P-977
Sanmartín Allué H.	P-110	Santos Medina R.	P-681
Sanmartín Berraquero R.	P-728	Santos Méndez N.	A-1141, A-1633, P-1338, P-621
Sanmartín Melero MJ	P-119, P-136	Santos Morano J.	P-246
Sans Segura M.	O-881, O-892	Santos Pérez ME.	P-1635, P-1640
Santaella Aceituno F.	O-205, P-1219	Santos Sánchez I.	P-620, P-995
Santamaría Amat D.	P-1063, P-1252, P-1404, P-1437, P-697	Sanz Almazán M.	A-787, P-1782, P-659, P-915
Santamaría Hernández E.	P-488, P-528	Sanz de Barro R.	P-1434
Santamaría Marín A.	P-1326, A-1269, A-776, A-819, P-1268, P-1390, P-1641, P-28, P-587, P-685, P-727, P-749	Sanz de Barros MR.	A-1270, A-1527, A-1621, P-1469
Santamaría Martínez M.	A-1128, A-1625, P-1383, P-636	Sanz de Barros R.	A-1720, A-811, P-547
		Sanz de Galdeano MF	A-840, A-1576, P-1067, P-1102, P-1653





ÍNDICE DE AUTORES

Sanz de Galdeano Delgado S	A-796	Segundo Rodríguez JC	P-1366
Sanz de Galdeano Sanz de Galdeano MF	A-813, P-651, P-1470	Segura González F	P-527
Sanz de León O	P-7	Segura Granda R	A-1184, A-1275, A-1561, P-1016, P-621, P-768
Sanz Fernández A	P-1065	Seijas Rodríguez C	A-822, A-866
Sanz Gallego I	P-1224	Selva Medrano D	O-287
Sanz Galve M	P-1757	Semprún Guillén MA	P-412
Sanz Lorente R	A-1144, P-1339	Sendín Martín V	O-497
Sanz Ortega J	O-494	Sendra Esteve S	A-1609, P-1488
Sanz Rosa D	O-375, O-385	Senin Martín O	P-235, P-109
Sanz Sáez S	O-90, P-359, P-362, O-88	Serna Gea FJ	A-1622
Sanz Salanov LA	P-1757	Serrano Baena M	P-1812
Sara Rivero J	P-301	Serrano Benavente RA	A-1121, A-1122, A-1532, P-1010, P-1242, P-314
Sarabia Cárcel C	P-1240, P-1518, P-1776, P-416	Serrano Cardenas K	P-941
Sarasibar Subiza MH	A-813	Serrano Cuesta P	A-1722, P-303
Sarasquete Fariña P	A-1595, P-1501	Serrano Gotarredona C	P-1854
Sarduy Fernández P	A-82	Serrano Heras A	A-1153, P-1452, P-1799
Sarra Moreto S	P-984, P-1455	Serrano Hernantes M	A-150, P-142, P-146, P-147
Sarrat Torres MA	A-337, P-1081, P-1108	Serrano Lacouture EA	A-67, A-1857, A-1876, P-21, P-23, P-38, P-407, P-557, P-741
Sarsa Garrido G	P-236	Serrano Morales R	P-1015
Sastre Perona MA	P-678	Serrano Soler Z	A-1601, P-1392, P-1481, P-757
Satue Gracia E	P-1260	Sesam C	A-1718, P-1827
Satústegui Dordá PJ	P-162	Sevillano J	P-555
Saubí N	P-911, P-916	Sevillano Fernández J	P-1075
Sauca Subias G	P-938	Sevillano Ortega A	A-1836
Sauras I	A-1155	Sgaramella GA	P-15, P-1002, P-1517
Saz Froilán C	A-788	Shimabukuro Higa EK	A-1724
Schmucke Fortty E	A-335, P-770	Sierra Bergua B	A-814, P-1423, P-925
Sebastia Puerta C	P-319, P-962	Sierra Callau M	A-274
Sebastiá Puertas CD	P-1385, P-1386	Sierra Luque C	A-152
Seco Vilar I	A-872	Sierra Monzón JL	P-1439
Sedano Casas A	P-1477	Sierra Prefasi FJ	P-1304
Segarra Cantero E	P-208, P-209		





ÍNDICE DE AUTORES

Siesto Marcos M.	O-172	Soriano Arroyo R.	A-778, P-1510, P-731
Sillero Nogales C.	P-1658, P-954	Soriano García I.	P-360
Silva I.	A-1176	Soriano González C.	A-71
Silva Brizuela JC.	P-773	Soriano González MC.	P-671
Silva Señor R.	P-729, P-762	Soriano Rodríguez F.	P-212
Simarro Grande N.	A-786	Sorribas Rubio P.	P-1500
Simarro Herráez MJ.	P-219	Sorribes del Castillo JV.	P-188
Simoës da Silva Pereira EJ.	O-1733, P-356	Sosa Pérez F.	P-969
Simoës da Silva Pereira SC.	P-356	Soto Augusto A.	A-152
Simón González D.	P-1250, P-1679	Soto Bernal MC.	P-299
Simón Hernando AR.	P-103	Soto Bonel J.	P-253
Simón Prado I.	A-1206, A-1606, A-1623, A-817, A-871, P-1815	Soto Cámara R.	P-1661
Simón Ruiz V.	P-119, P-136	Soto Castejón B.	P-227
Simón Sánchez F.	P-419	Soto García A.	P-127
Sinisterra Aquilino JA.	A-1906, P-188, P-1896	Soto Ruan A.	A-334, P-1482
Sisoeva Silina A.	A-860	Sotres Fernández G.	P-1339
Siverio González E.	P-293	Spaans Fernández N.	P-1456
Sixto Carreira C.	P-686	Suanzes Díez P.	P-604
Sobrino Borrego S.	A-1149, A-1589, P-1444	Suárez M.	O-202
Sola García M.	A-1171, A-1543, A-852	Suárez Alonso I.	P-1327
Sola Sevilla S.	P-696	Suárez Beke MP.	A-1148, A-1598, A-1872, A-801, A-805, O-473, P-488, P-528, P-529, P-595, P-894, P-908, P-970, P-1415
Soldevila Langa L.	O-878	Suárez Broto M.	P-1803
Soler Núñez M.	A-1279, A-1282	Suárez Bustamante RM.	O-368, O-387, P-386
Soler Sellarés M.	O-216, O-374	Suárez Cadenas R.	P-66
Soler Soto S.	P-213	Suárez Cuervo A.	P-570
Solino Díaz H.	P-1352	Suaréz Fernández J.	P-1347
Solino Sainz H.	A-1592	Suárez Fernández C.	P-1236
Solís López M.	A-1285, P-1422, O-442, P-1328, P-1751, P-9	Suárez Fernández JA.	A-1186, A-1194, P-1760, P-1829, P-683
Soneira Rodríguez Z.	A-1851, P-1100, P-1517, P-1909, P-717	Suárez García A.	A-823
Sorbet Villanueva L.	P-1462, P-1515	Suárez Mejías C.	P-1854
Soria García C.	A-1712, P-1020, P-1766	Suárez Piñera S.	A-1125, P-1422, P-1703, P-306, P-601, P-985





ÍNDICE DE AUTORES

Suárez Valdivia L	A-1131	Temboury Ruiz F	P-1259, P-1813, P-1895, P-602
Suela Bizarro M	P-1442, P-197, P-203, P-626	Tenias Guallar J	P-723
Suero Méndez C.	O-879, P-1658	Tenías Guallar JM	P-945
Supervía Caparrós A.	O-1648, O-441	Tenza Lucas A.	P-187, P-189
T R MS.	A-434, P-395	Teresa Tolmes M	P-1238
Tabera Arévalo T	A-1580, P-1798	Ternero Escudero D	A-1559, A-1563, P-1019, P-1056, P-1412, P-1507
Tabernero R	P-1062	Teruel Fernández I.	P-87
Tabernero Rico R.	P-1814	Teruel Vegara ML	P-1649, P-89
Tabernero Rico RD.	P-567	Thuissard Vasallo IJ	O-375, O-385
Talegón Martín R.	P-884	Tijero Rodríguez B.	A-429, A-787, P-659, P-915
Tallón Ruiz I	P-987	Timón López R	O-461
Tang Valdez R	A-811	Tofiño Pajares R	P-400
Tapia Lobo A	O-346, O-352, P-164, P-176, P-186	Toledano Sierra P	P-1071, P-1107, P-1512, P-932
Tari Ferrer E	P-1892	Toledo Gómez JR	P-1777
Tarrés Abella M	P-1656	Tomás Jiménez E.	P-529, P-908
Tassé Herrer YL	A-1149	Tomás Muñoz A	P-948
Tasse Herrero Y	P-1444, P-296, A-1589	Toña Olaortua M	A-1589, A-1149
Tebar Escribano F	O-155	Toral J	P-1431
Teijeiro Bermejo C.	A-1849, P-1255	Toral Marín J	A-1204, A-1869, O-280, P-1693
Teijeiro Bermejo MC	A-1529, P-1022, P-1405, P-1824	Toral Sánchez J.	A-1136, A-1542, A-790, P-533
Tejeda Agredano JF.	A-71	Toresano López D	O-450, O-502, P-514, P-924, P-1910
Tejeda Pérez E	A-1845	Toribio Velamazán B	A-1704
Tejedo Lacasa B	P-1488	Tormo Martí C	P-1321
Tejedor Castillo MA.	O-102, P-365, P-390, P-412	Tornel Martínez ML	P-674
Tejedor Simon E	P-1809, P-1434, P-586	Tornel Miñarro J	P-185
Tejeiro Bermejo C	P-499	Torner Benet MT	P-1291
Tejero Luna AC	P-405	Toro Valiente M.	A-152
Tejero Muñoz B.	O-346	Torralba González de Suso M	P-547
Tejero Pallarés C.	P-294, P-298	Torralba Melero M	O-381
Tejón Ruiz M	A-1539, A-873, P-1458, P-1495, P-612	Torrealba Rodríguez MI	P-1114, P-1702, P-420
Téllez Joya F.	A-1606, A-1623, A-1863, A-817, A-871, P-1815	Torrecillas Gómez MM	P-1032, P-698
Tello Ochoa A	P-552	Torregrosa Sanchís A.	P-1321





ÍNDICE DE AUTORES

Torrente Blasco A	P-1025	Trujillano Ruiz A	P-242, P-537
Torres Alves S.	P-421	Tudela Hita P	O-882
Torres Ceballos B	P-927	Tur Rodríguez MA.	O-381
Torres de Sebastián M.	O-157, O-898, O-92	Turbau Valls M	A-789, P-1890
Torres Delgado P.	A-1269, A-776, P-1268, P-1390, P-727	Turcios de Mendoza MJ.	A-869, P-1817
Torres Gámez de Cariz C	O-351	Turégano Fuentes F	O-375, O-385
Torres Garate R.	P-1334	Turégano Yedro M	A-334, P-1482
Torres Gómez de Cádiz C	O-1732, O-198, O-369, P-520	Úbeda Sánchez R.	P-709
Torres Gutiérrez RP	P-1457, P-1768, P-997	Uberhuaga Candia MI	A-784, A-824
Torres Hidalgo A.	O-157, O-898, O-92	Ugalde López E	P-1042
Torres Machado V.	O-1310, O-1311, O-286, O-290	Ulecia Moreno J	P-695
Torres Marín ME	A-1533, P-1451, P-207, P-299, P-706	Unzaga Ercilla I	P-549
Torres Martín L	P-1012	Urbietta Sanz E	P-242, P-537
Torres Murillo J	P-1376	Urbina Aguirrebengoa O.	P-1350
Torres Murillo JM.	P-1375	Urbina Soto L	P-1369, P-941
Torres Nieto MA	O-1296	Urdaz Hernández M.	A-1718, P-1827
Torres Oliveros M	P-1650, P-445	Ureta Peña E	P-199
Torres Rodríguez M	A-1905	Uria Álvarez E	P-101
Torres Trenado L	P-1390	Uribe Matthews AR	A-1163, P-998
Torres Yebes NJ	P-1103	Urieta González L.	P-1756
Tovar Salazar E	A-1570, P-1783, P-306, P-601	Urigoitia Ugarte A	P-284, P-285
Tranche Álvarez-Cagigas P	A-1189, A-1575, P-1060, P-1234, P-1249, P-1263, P-610, P-630, P-699, P-755, P-990	Urquía Mújica N.	A-1542
Tranche Cagigas P	P-1111, P-1506, P-760, P-767	Urraca Gamaury A.	A-1707, P-1780, P-605, P-670, A-1183
Travería Becker L.	P-228, P-288, P-292	Urrutia Johanson I	P-296
Trejo Gutiérrez O	A-789, P-523	Usieto López L	P-1797, P-226, P-728
Tres Ritterbach E	A-1157	Vadillo García C.	P-201
Trigueros Lorenzo J	P-1686	Val de Santos J	P-1095
Trinidad Lucía M.	P-58	Val Jiménez CL	P-1292
Troncoso Recio S.	P-1079	Valbuena Parra M.	A-1862, P-180, P-983, P-1015
Troya Gil JA	P-311	Valcuende Mantilla O	P-254, P-271
Trueba Insa S	P-468	Valdés Castiello A.	P-1639
Trueba Vicente A	A-84	Valdres Carroquino P	A-1134, P-960





ÍNDICE DE AUTORES

Valdueza Sandin J.	P-121, P-261	Vásquez del Águila TG	P-1245
Valencia Dutor A.	P-261, P-58	Vázquez Albisu X	A-78, P-392
Valencia Landa M.	P-291	Vázquez Álvarez J	P-454
Valenciano Rodríguez JA	P-613	Vázquez Álvarez Z	A-1180, A-795, P-1320, P-1407, P-1418, P-1489, P-1511, P-1770, P-1822, P-425, P-565, P-598
Valera Varea M	P-1456	Vázquez Corveiras C	O-349
Valerio Sallent LI	P-917	Vázquez Donis C	P-143
Valero Liñán S	P-39	Vázquez González E.	A-1592, P-1352
Valero Pitarch A	P-360	Vázquez Lima MJ	O-497
Valero Recio JM	P-1468	Vázquez López C	P-697
Valero Tellería B	A-855	Vázquez Rodríguez IT	P-690
Valiente Maresca P	P-1463, P-972	Vázquez Ronda MA	P-1251
Valladares Jiménez C	P-1416, P-646	Vechionacci López O.	P-1305, P-1318, P-63
Valle Alonso A	O-168	Veintemillas Vidal J	P-418
Valle Alonso J.	A-1865, A-781, P-1806	Vela Condón P	P-1423
Valle García RA	A-851	Vela Fernández A.	A-1580, P-1798
Vallejo R	P-650	Velasco Alonso E	P-658
Vallejo Hernández R	P-1082, P-1372, P-1446, P-1497, P-753	Velasco Elizondo L	A-808, A-837, A-1151, A-1603, P-1025
Vallés Torres E.	A-802	Velasco Montes J.	P-262, P-585
Valverde Castillo M.	P-1442, P-197, P-203, P-626	Velasco Rey C	A-850
Valverde León MR	A-428, O-371, P-138, P-404	Velásquez Díaz S	A-808, A-837, A-1151
Valverde López V	A-1187, A-1288	Velayos Rubio R	O-1211, O-1214, P-1014
Valverde Vallejo P	A-1123, A-1842, A-1855, P-1101, P-1399, P-1773	Velázquez Díaz S	A-1603
Vaquero de Sedas M.	O-913, P-46	Velázquez Vioque C	P-1054
Vaquero Sobrino V	P-1774	Vélez Armas M.	P-1748, P-969
Vara Morate FJ	A-1162, A-1586, A-1624	Vélez Castilla AI	O-106, P-107, P-196, P-446, P-464, P-476, P-492, P-493, P-519, P-93, P-94
Varela Donoso C.	A-822, A-866	Veliz Hernández D	P-392
Varela Patiño M	P-1092, P-1782, P-509, P-659, P-707	Vena Martínez A.	A-275, O-276, P-272, P-926
Varela Robla M.	P-1223	Venegas de L'Hotellerie MJ.	P-265
Vargas Blasco V	P-604	Ventura Arnella M.	P-91
Vargas Rodríguez S.	P-1636, P-292	Ventura Ventura AA.	P-704
Varo Porras A.	P-1254, P-1788	Ventura Ventura MM	A-798, P-1029
Varona Peinador M.	P-508		





ÍNDICE DE AUTORES

Vera Cea B	P-979	Vietez Santiago M	P-1794
Vera Cruz R	O-913	Vigil Mejía I	P-319, P-952, P-962, P-1385, P-1386, P-1818
Vera García M	P-540	Vigo Peinó A	A-336, P-1667, P-607, A-1132, P-1093, P-1779, P-759
Vera Verón R	P-39	Vigo Quinos M	P-384
Verde González P	P-1087	Viguera Fernández L	A-1157
Verdejo Ledesma I	P-261	Vigueras Bravo MC	P-201
Verdugo López-Blanco RM	P-1253	Vila F	A-1726
Verduras Cenís D	P-1764	Vila Santos J	A-1612, P-690
Vergara V	O-893	Vilaboy Arias B	A-1847, A-332, A-783, P-1471, P-1492, P-64, P-734
Vergara de Frutos C	A-333	Vilar Pérez M	P-1079
Vergaz Ballesteros A	P-1743, P-1765, P-899, P-953	Vilardell Rigau P	P-615
Veteta Gorriti VP	P-1435	Vilarrubias N	P-101
Vevatne K	A-1835	Vílchez Cobos J	A-153, P-175
Viadero Ipenza I	P-1329, P-327, P-940	Vílchez Rodríguez C	P-1652, P-1881, P-1894, P-409
Vicario Jiménez N	P-377, P-61, P-627, P-981	Villa Álvarez MC	A-1590
Viceira Martín CM	P-1004	Villa Escamilla M	P-248, P-302, P-540, P-632
Vicente A	P-14, P-7	Villaba Cantalejo E	A-1545
Vicente de la Cruz M	P-555	Villacañas Redondo B	A-784, A-824, P-304, P-331, P-662
Vicente de la Sota J	A-816	Villacorta Martín M	A-1602, O-173, P-1478, P-1698
Vicente Prieto P	P-1069	Villadiego Sánchez JM	A-431, O-370, O-511, P-393
Vicente Tobar E	P-760	Villalba Calvente M	P-1375, P-1376, P-1397
Vicente-Arche Navarro A	P-964	Villalba Cantalejo E	A-192
Viciano Garrido R	O-1293, O-193	Villalobos Buitrago D	O-287
Vico Fernández R	O-198	Villalón Alvarado Y	A-1138, A-1200
Vidal Bello AV	O-6	Villalonga Musoles J	P-1779, P-249
Vidal Domínguez M	P-539	Villamor Jiménez C	P-304, P-331, P-662, P-1082
Vidal Giménez MH	A-1143, A-1146, A-1197, A-1710, P-1052, P-1055, P-1678, P-1796, P-325, P-711, P-942	Villamor Villarino M	P-1240, P-1518, P-416
Vidal Macías M	P-208, P-209, P-213	Villanueva Yome E	A-1206
Vidal Picos A	P-1360	Villar Arias A	P-403, P-413
Vidal Ruiz JA	P-686	Villar Hoz E	P-354
Vieitez Santiago M	A-1277, P-1248, P-688, P-920	Villar Jiménez S	A-794
Viera Machín K	A-1136		





ÍNDICE DE AUTORES

Villar Ramos J.	A-1610, A-1867, P-1911, P-657, P-941	Yus López M.	A-1852, P-1514, P-902
Villarroel González Elípe P.	P-253, P-573, A-1722, P-558	Yustas de Pedro C.	P-114
Villate Robles LF	P-203	Zabala Acerecho A.	P-936
Villavicencio Lujan P	P-968	Zabala Bidaguren S	P-936
Villegas del Ojo J	P-230	Zabaleta Basurto A	O-214
Villegas Pablos M	A-1585, A-1620, A-861, A-868	Zafar Iqbal-Mirza S.	P-1071, P-1107, P-1226, P-1512, P-932
Villén Villegas T	A-84, P-181	Zafra Morales M.	P-1764
Villena Esteo O.	P-127	Zaheri Beryanaki M	A-1557, A-1711, P-270, P-309, P-1018, P-1104, P-1351, P-1504, P-1509, P-554, P-556
Villena García H.	A-1595	Zakhour González MA	P-1406
Villena García del Real H	A-822, A-866	Zamora J	P-14, P-7
Vinagrero Ávila S	P-399	Zamora Guzmán A	O-280
Virtus Aldanondo I	O-214	Zamora Lara P	P-103
Visedo Campillo LC.	P-592	Zamora Sierra M	P-1693, P-735, P-987
Viuda de la Gil MJ	P-137	Zamorano Serrano M	A-1628, O-169, O-1738, P-1027
Vives Hernández J	A-846, P-1438	Zampaña Quintero J	P-715
Vizuete Calero A	P-927	Zapata Bautista R	A-1540, A-1713, P-1303, P-1314, P-1331
Von Wernitz Teleki A	P-1420, P-578, P-947	Zapata Ledo L.	P-1903
Vuelta Calzada E	O-277	Zapatería García MA	A-813, A-840, A-1576, P-405, P-651, P-1067, P-1102, P-1470, P-1653
Waitoto Aguirre L	P-591	Zarrabeitia Tormes M	P-1745, P-1816
Yago Calderón CA	P-1024, P-1073, P-1826, P-1895, P-482, P-527, P-597, P-602, P-611, P-652, P-653, P-986	Zhygalova O	A-1521, A-1625, P-730, P-1076, P-1322, P-1365, P-1383, P-1448
Yaguas Amatriain L	P-247	Zlatkes J.	P-1021
Yaguez Jiménez LM.	P-1373, P-1807	Zorrilla JG	O-206
Yaguez Mateos LB.	P-1373, P-1807	Zorrilla Riveiro J	P-26, A-1161
Yakoubi Badah M.	A-1281, A-1288, A-1870, P-1404, P-1437, P-1793	Zoyo López-Navarro R.	P-185, P-1882, P-190, P-311
Yanguas Amatriain L	A-1576, A-813, A-840, P-1102, P-1470, P-1515, P-1067	Zubiaurre Ulacia A	P-396
Yáñez Palma MC	O-479	Zubillaga Carmona AA	O-95
Yáñez Rodríguez F	A-1718, P-1803, P-1827	Zubillaga Carmona LL	O-1646, O-1646, O-1732, P-1832
Yebra Delgado S.	O-442	Zwierzynska B	P-520, A-1542, A-790
Yuguero Torres O	O-276, A-1145, A-1552, A-275, P-251, P-260, P-272, P-926		
Yupanqui Sandoval M.	A-827		

